AUREL NIRE□TEAN
ADRIANA MIHAI

NO□IUNI ELEMENTARE DE PSIHIATRIE

2007

CUPRINS

I	Noțiuni introductive…… ..	**3**
II	Personalitatea și tulburările ei……	**10**
III	Conștiința și tulburările ei……..	**17**
IV	Percepția și tulburările ei……	**22**
V	Atenția și tulburările ei……...	**29**
VI	Memoria și tulburările ei……	**34**
VII	Gândirea, imaginație și tulburările lor……...	**40**
VIII	Limbajul și tulburările lui……...	**48**
IX	Afectivitatea și tulburările ei……..	**52**
X	Voința, activitatea motorie și tulburările lor…..	**59**
XI	Semiologia vieții instinctuale…….	**65**
XII	Sindroame psihopatologice……	**70**
XIII	Reacții psihopatologice și nevroze……	**82**
XIV	Schizofrenia……..	**90**
XV	Tulburările afective……	**95**
XVI	Tulburările schizoafective……..	**100**
XVII	Tulburări delirante persistente……	**102**
XVIII	Alcoolismul și complicațiile sale……...	**106**
XIX	Toxicomanii și farmacodependențe……..	**111**
XX	Demențe……	**117**
XXI	Întârzierile mentale……	**123**
XXII	Urgențele psihiatrice……..	**129**
XXIII	Tratamentul psihiatric……	**133**
	Întrebări recapitulative……...	**143**

CAPITOLUL I
NOŢIUNI INTRODUCTIVE

Formulată pentru prima dată de REIL în 1803 denumirea psihiatriei derivă din cuvintele greceşti *psyche* = suflet şi *yatrea* = medicină. **PSIHIATRIA** studiază fiinţa umană ca pe un întreg format dintr-o componentă biologică, una psihologică şi una socio - culturală. Aceste componente se întâlnesc şi sunt oglindite în psihismul uman privit ca totalitatea funcţiilor psihice supervizate de conştiinţă. Prin intermediul acesteia omul este capabil de autocunoaştere şi autoreflectare precum şi de cunoaşterea şi reflectarea lumii, confirmându-şi astfel autenticitatea şi individualitatea şi primeşte numele de persoană.

Obiectul de studiu al psihiatriei este deci **PERSOANA UMANĂ** şi **PSIHISMUL** acesteia privite prin prisma raporturilor dintre normalitate şi anormalitate în dinamica şi varietatea ciclurilor şi a rolurilor vieţii.

Conceptul de **NORMALITATE** poate fi definit doar în condiţiile în care se ţine seama de multitudinea interferenţelor dintre persoană şi lume, modalităţile individuale de reacţie, expresie şi comportament acceptate de către grupul social; obiceiurile, tradiţiile şi mentalitatea care domină cantitativ într-o socio-cultură dată. Conceptul include trei tipuri de norme definitorii: statistică, ideală şi funcţională. Conform **normei statistice,** norma frecvenţei maxime, o manifestare psiho- comportamentală este considerată normală cu cât este mai frecventă, deci mai apropiată de media statistică. **Norma ideală** cuantifică normalitatea în raport cu gradul de apropiere sau asemănare cu un "tip standard" sau "ideal" care include şi armonizează şi valorile morale individuale şi pe cele comunitare; aceasta

norm□ r□mâne mereu un deziderat dificil de atins deoarece este condi□ionat□ de contextul social, istoric, geografic □i cultural. Normalitatea se define□te conform **normei func□ionale** prin m□sura în care sunt îndeplinite obliga□iile □i rolurile individuale de c□tre o persoan□ privit□ ca parte integrant□a unei comunit□i sociale.

Persoana normal□ este aceea care corespunde într-o m□sur□ cât mai mare normei statistice □i celei ideale □i func□ioneaz□ în rolurile sale în deplin□ armonie cu func□ionalitatea comunit□ii.

ANORMALITATEA înseamn□ îndep□rtarea de la normele descrise în sens pozitiv sau negativ. În ambele variante domeniul anormalit□ii este mult mai restrâns de cât cel al normalit□ii. **Anormalitatea pozitiv□** implic□ persoanele cu tr□s□turi □i aptitudini deosebite, persoanele excep□ionale □i geniile a c□ror participare □i contribu□ie la via□a comunitar□ înseamn□ întotdeauna progres □i aport valoric pozitiv. **Anormalitatea negativ□** presupune îndep□rtarea de la normele descrise în sens negativ □i include persoanele ale c□ror tr□s□turi structurale le dezavantajeaz□ – prin lipsa armoniei dintre ele sau prin nedezvoltarea intelectual□ □i boala psihic□ prin care sunt afectate multidimensional persoana □i via□a psihic□individual□.

S□N□TATEA reprezint□ starea de echilibru structural □i func□ional al persoanei privit dintr-o perspectiv□ intern□ - aferent raporturilor dintre sub-ansamblele componente conform normelor generale ale speciei, vârstei □i sexului □i dintr-una extern□definit□prin adaptarea echilibrat□la mediul ambiant.

BOALA reprezint□ o stare de anormalitate în minus într-un anumit moment al vie□ii persoanei care are un substrat □i cauze specifice, anumite caracteristici clinico-evolutive □i de

răspuns terapeutic și perturbă funcționarea individuală în plan biologic-corporal și psihic- conștient.

BOALA PSIHICĂ este un proces care determină un deficit și o dezorganizare evidente și persistente ale psihismului și persoanei conștiente, cu afectarea echilibrului personal în plan biologic, psihologic și social. Etiologic se asociază mereu factori organici, psihologici și sociali. Tabloul clinic și evoluția sunt influențate de vârstă, experiență de viață, factorii culturali și perioada istorică.

Tulburările psihice sunt rezultatul interacțiunii dintre anumiți factori declanșatori și un teren vulnerabil. În descrierea unei boli psihice trebuie abordate noțiunile de teren, episod psihopatologic, stare defectuală și model evolutiv.

TERENUL în psihopatologie reprezintă structura psihosocială individuală pe care apare primul episod psihopatologic. El include parametrii demografici individuali: vârsta, sexul, statutul marital și profesional, constituția biotipală și psihotipală care pot fi vulnerabile și datorită încărcăturii genetice sau deficiențelor ontogenezei în sensul nedezvoltării sau dezvoltării dizarmonice a personalității, precum și rețeaua de suport social a persoanei.

Pot fi descrise două variante de vulnerabilitate individuală pentru tulburări psihopatologice și anume o vulnerabilitate de fond și una conjuncturală. Vulnerabilitatea de fond este condiționată de factori genetici și familiali; influențele biologice pre, intra și postnatale; oscilațiile ritmurilor biologice și psihologice individuale. Vulnerabilitatea conjuncturală se manifestă în cadrul interrelațiilor dintre persoană și mediul ambiant, se accentuează și poate determina un episod psihopatologic atunci când apare un deficit al rețelei de suport social și în

situaiile în care se intensific factorii de stres psihosocial precum: conflicte, frustrri, evenimente negative sau schimbri majore ale vieii familiale, habitatului, profesiei sau ale ritmurilor sptmânale de odihn i relaxare, ale tradiiilor culturale i religioase.

EPISODUL PSIHOPATOLOGIC poate fi unic sau multiplu în viaa unei persoane, cuprinde manifestri care exprim perturbarea psihismului, are un tablou clinic specific caracterizat de **SINDROAME PSIHOPATOLOGICE** formate din simptome i semne psihopatologice i corporale specifice cu evoluie spre remisiune cu sau fr defect caracteristic. **STAREA DEFECTUAL** reprezint o stare de anormalitate în minus, cu o expresie clinic relativ constant care apare întotdeauna secundar unui episod psihopatologic unic sau recurent.

Este necesar promovarea cunotinelor psihiatrice pe toate cile posibile în vederea schimbrii mentalitii comunitare pe nedrept stigmatizante fa de bolnavul i boala psihic; prin cultivarea spiritului de toleran i a înelegerii dintre oameni.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Psihiatria este:
    a. □tiin□a medical□ care studiaz□ persoana uman□ □i psihismul acestuia
    b. este o ramur□a psihologiei
    c. este inclus□ în psihoterapie
    d. studiaz□ fiin□a uman□ ca pe un întreg format dintr-o component□ biologic□, una psihologic□ □i una socio - cultural□.
2. Conceptul de normalitate se poate defini doar în condi□iile în care se □ine seama de :
    a. multitudinea interferen□elor dintre persoan□ □i lume,
    b. modalit□ile individuale de reac□ie,
    c. modalit□ile de expresie □i comportament acceptate de c□tre grupul social;
    d. obiceiurile, tradi□iile □i mentalitatea care domin□ cantitativ într-o socio-cultur□dat□
3. Norma statistic□ este:
    a. manifestare psiho- comportamental□ frecvent□, mai apropiat□de media statistic□
    b. un "tip standard" sau "ideal" de comportament care include □i armonizeaz□ □i valorile morale individuale □i pe cele comunitare;
    c. mereu un deziderat dificil de atins deoarece este condi□ionat□ de contextul social, istoric, geografic □i cultural
    d. depinde de m□sura în care sunt îndeplinite obliga□iile individuale

4. Persoana normal este:
    a. persoana care corespunde într-o măsură cât mai mare normei statistice
    b. persoana care corespunde într-o măsură cât mai mare normei ideale
    c. persoana care funcționează în rolurile sale
    d. persoana care este în deplină armonie cu funcționalitatea comunității.
5. Anormalitatea este:
    a. caracteristică persoanelor care funcționează în rolurile sale
    b. caracteristică persoanelor care se îndepărtează de la normele descrise
    c. caracteristică persoanelor care sunt este în deplină armonie cu funcționalitatea comunității
    d. în sens pozitiv sau negativ
6. Anormalitatea pozitivă include persoanele:
    a. ale căror trăsături structurale le dezavantajează
    b. care sunt nedezvoltate intelectual
    c. sunt bolnave psihic
    d. trăsături și aptitudini deosebite, persoanele excepționale, geniile
7. Starea de sănătate reprezintă
    a. starea de echilibru structural și funcțional
    b. adaptarea echilibrată la mediul ambiant.
    c. lipsa afecțiunilor somatice
    d. perturbă funcționarea individual în plan biologic-corporal și psihic- conștient.
8. Boala psihică este un proces care determină:
    a. un deficit și o dezorganizare evidente și persistente ale psihismului

b. afectarea echilibrului personal în plan biologic, psihologic și social.
c. adaptarea la mediu
d. stare de echilibru structural și funcțional

9. Terenul psihopatologic include:
   a. vârsta,
   b. statutul marital și profesional
   c. ereditatea
   d. rețeaua de suport social a persoanei.
10. Sindroamele psihopatologice:
   a. sunt formate din simptome și semne psihopatologice și corporale
   b. au evoluție spre remisiune cu sau fără defect
   c. nu apar niciodată asociate câte două sau mai multe
   d. sunt parte a unui episod psihopatologic unic sau recurent

CAPITOLUL II
PERSONALITATEA ŞI TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Personalitatea umană constituie un subiect de importanţă majoră în psihologie şi în psihiatrie prin faptul că reprezintă principalul model dinamic al fiinţei umane conştiente şi componenta fundamentală a terenului pe care apar şi evoluează tulburările psihopatologice.

PERSONALITATEA este un sistem hipercomplex, subordonat mediului social şi cultural, alcătuit din totalitatea trăsăturilor de temperament, caracter, intelect şi volitiv - energetice individuale. Personalitatea se exteriorizează într-un comportament specific faţă de evenimentele sau schimbările de viaţă stresante.

TEMPERAMENTUL reprezintă componenta moştenită a personalităţii, include particularităţile înnăscute energetice, de reactivitate şi relaţionare socială, dispoziţia afectivă şi variaţiile ei şi constituie baza morfofuncţională a aptitudinilor individuale.

CARACTERUL constituie componenta dobândită personalităţii, este condiţionată de factorii sociali fiind rezultanta proceselor de educaţie şi implicare a individului în viaţa comunitară. Include trăsături psihologice şi morale personale care se manifestă prin atitudinea faţă de sine şi faţă de lume a individului.

INTELECTUL este capacitatea individuala de achiziţionare şi prelucrare a informaţiilor; dependentă de integritatea morfofuncţională a sistemului nervos central, de durata şi calitatea educaţiei.

VOINŢA este funcţia psihică prin intermediul căreia se realizează mobilizarea resurselor personale pentru

transformarea în comportament a conținutului psihismului; este indisolubil legată de motivație și condiționată de starea afectivă.

PERSONOGENEZA este procesul de formare a personalității.

PERSONALITATEA NORMALĂ este armonios structurată, are o bună adaptabilitate la mediu, fiind influențată de statutul și rolurile sociale; experiența de viață personală și implicarea creatoare în viața socio-profesională.

TULBURĂRILE PERSONALITĂȚII

Personalitățile particulare sau accentuate sunt caracterizate prin hiper- sau hipotrofierea unor trăsături structurale pe fondul unei dezvoltări intelectuale normale, trăsături care fiind conștientizate de subiect întreține dificultăți adaptative cvasicontinue și facilitează decompensări psihopatologice.

Personalitățile dizarmonice sunt tulburări ale structurării personalității în sensul pierderii armoniei dintre trăsăturile individuale, cu predominanta unora dintre ele, cu modificări cantitative și calitative ale funcțiilor afectiv - instinctuale, volitive și morale care persistă toată viața și se exteriorizează prin **comportamentul dizarmonic** adică prin incapacitatea periodică sau permanentă de adaptare la mediul social.

Personalitățile dizarmonice nu își recunosc tulburarea, aceasta fiind rezistentă la sancțiuni, educație și terapie; situându subiectul pe poziția unui veșnic nemulțumit față de atitudinea celor din jur și față de rolul oferit după criteriile colective, de obicei reale și obiective. Astfel de personalități

sunt inadaptate cronic, fapt ce constitue o sursă de suferinţă pentru individ şi colectivitate. Se decompenseaz psihopatologic în perioadele critice ale vieţii sau la intervenţia unor influente psiho- sociale adesea minore.

Caracteristicile clinice generale sunt egocentrismul, instabilitatea psiho - comportamental cu ignorarea experienţelor anterioare şi toleranta scăzut la frustrare, non - conformismul, impulsivitatea, lipsa sentimentului reciprocităţii şi a responsabilităţii care este transferat asupra celorlalţi, model personal existenţial şi norme morale individuale care le ignora pe cele comunitare, dificultăţi de adaptare în rolurile sociale şi profesionale, comportament non - empatic şi agasant pentru cei din jur care împiedică relaţiile de prietenie şi iubire.

Prima categorie, de tip A, include:

- **personalitatea schizoid** caracterizat prin răceală şi detaşare afectivă, preocupări meditativ-abstracte, inactivism şi lipsă de simţ practic, capacităţi comunicative şi empatice reduse, comportament solitar; indiferentism sexual.
- **personalitatea schizotipal** indiferentism, anxietate şi fobii sociale, gândire magică şi convingeri de factură parapsihologică, idei de relaţie şi limbaj metaforic, hiperelaborat.
- **personalitatea paranoic** orgoliu şi încredere în sine hipertrofiate, suspiciune nemotivată şi interpretări eronate ale atitudinii celor din jur, deficit de tandreţe, duioşie şi umor, ostilitatea latentă sau manifestă;

A doua categorie, de tip B, include:

- **personalitatea antisocial** cu inadaptabilitate precoce, intoleranţă la frustrare cu iritabilitate şi agresivitate

manifeste, nepăsare și lipsa regretelor în raporturile sociale, tendințe sadice și toxicofilice.

- **personalitatea borderline** cu instabilitatea imaginii de sine, a autocontrolului, a dispoziției și a capacităților relaționale, comportament impulsiv, disforic, atitudini automutilante sau autolitice recurente.
- **personalitatea narcisică** cu Eu hipertrofiat dar hipersensibil la critică, stil arogant, cu pretenții exagerate; lipsa de empatie și tendința de exploatare a celorlalți.
- **personalitatea isterică** caracterizată prin egofilie, comportament teatral, demonstrativ care invoca admirația sau sprijinul anturajului social, imaturitate și labilitate afectiva, superficialitate, comportament intrigant și manipulativ, sugestibilitate exagerată.

A treia categorie, de tip C, include:

- **personalitatea de tip anxios evitant** cu autostimă scazută și sentimente de inferioritate persistente, timiditate accentuată, teama ca va fi respins, dezaprobat sau criticat, autocriticism și simț al ridicolului exagerate, așteptarea aprobărilor și garanțiilor de la cei din jur.
- **personalitatea de tip dependent** cu deficit al stimei de sine cu tendința la autodevalorizare și subordonare față de cei din jur; lipsa de inițiativă și spontaneitate; promiscuitate, perversiuni sexuale, abuzul de droguri
- **personalitatea obsesiv-compulsivă** cu rigiditate, meticulozitate și tendințe perfecționiste, hiperconștiinciozitate, scrupulozitate și devotament excesiv; indecizie și ineficiență în sesizarea întregului, sentimente etico-morale exagerate, comportament ironic-agresiv cu cei din jur pentru a-i subordona

principiilor sale; tendin□e la izolare social□, anxietate difuz□.

- personalitatea de tip pasiv-agresiv cu lipsa de încredere în sine, ineficien□□ decizional□, pasivitate, trând□vie, înc□p□ânare în roluri □i în rela□iile interpersonale; opozi□ie pasiv□ la exigen□ele cotidiene sau atitudini de subminare a eficien□ei □i autorit□□ii celor din jur.

Exist□ □i o **personalitate dizarmonic□ de tip mixt sau polimorf** în cadrul c□reia coexist□ în diferite combina□ii elemente apar□inând tipurilor descrise pân□acum.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Personalitatea este:
    a. subordonat□mediului social □i cultural
    b. alc□tuit□din totalitatea tr□s□turilor de temperament □i caracter, dar nu depinde de intelect □i voin□
    c. finalizarea procesului de personogenez□
    d. influen□at□de experien□a de via□
2. Temperamentul este :
    a. componenta mo□tenit□a personalit□ii
    b. componenta dobândit□personalit□ii
    c. rezultanta proceselor de educa□ie
    d. capacitatea individuala de achizi□ionare □i prelucrare a informa□iilor
3. Personalit□ile cu tr□s□turi accentuate sunt:
    a. caracterizate prin hiper- sau hipotrofierea unor tr□s□turi structurale
    b. pe fondul unei dezvolt□ri intelectuale normale,
    c. con□tientizate de subiect
    d. între□in dificult□i adaptative □i faciliteaz□ decompens□ri psihopatologice.
4. Caracteristicile clinice generale ale personalit□ilor dizarmonice sunt:
    a. egocentrismul
    b. ignorarea experien□elor anterioare
    c. toleran□□sc□zut□la frustrare □i impulsivitatea
    d. lipsa responsabilit□ii care este transferat□asupra celorlal□i
5. Personalitatea paranoic□se caracterizeaz□prin:
    a. orgoliu □i încredere în sine hipertrofiate,

b. suspiciune nemotivat,
c. tendin a la autodevalorizare i subordonare fa de cei din jur
d. ostilitatea latent sau manifest;

6. Personalitatea schizotipal se caracterizeaz prin :
   a. indiferentism,
   b. gândire magic i convingeri de factur parapsihologic,
   c. idei de rela ie i limbaj metaforic, hiperelaborat
   d. agresivitate
7. Personalitatea antisocial nu se caracterizeaz prin :
   a. intoleran la frustrare
   b. agresivitate, tendin e sadice
   c. nep sare i lipsa regretelor în raporturile sociale,
   d. empatie i în elegere fa de ceilal i
8. Persoanlitatea borderline prezint :
   a. rela ii sociale stabile
   b. instabilitatea autocontrolului, a dispozi iei, comportament impulsiv
   c. instabilitatea imaginii de sine,
   d. atitudini automutilante sau autolitice recurente
9. Personalitatea obsesiv compulsiv se manifest prin :
   a. rigiditate, meticulozitate i tendin e perfec ioniste,
   b. hipercon tiinciozitate i devotament excesiv;
   c. comportament ironic-agresiv cu cei din jur pentru a-i subordona principiilor sale;
   d. dezordine i neglijen în serviciu
10. Personalitatea isteric caracterizat prin:
    a. egofilie,
    b. comportament teatral, demonstrativ
    c. imaturitate i labilitate afectiva
    d. sugestibilitate exagerat

CAPITOLUL III
CONŞTIINŢA ŞI TULBURĂRILE EI

CONŞTIINŢA este un proces psihic complex care asigura organizarea personalităţii într-o existenţă concomitentă ca obiect şi subiect, astfel încât există o conştiinţă a personalităţii şi o personalitate conştientă de sine.

Este descrisă dintr-o dublă perspectivă:

Cantitativă – *starea de luciditate* care reprezintă nivelul minim de funcţionare a psihismului ce permite schimbul de informaţii cu lumea materială şi umană, comunicarea şi integrarea în realitate;

Calitativă - reprezintă viaţa psihică la un moment dat, rezultantă a evoluţiei social-istorice; procesul de reflectare a propriei persoane, a funcţionării în roluri şi a continuităţii ei, a lumii înconjurătoare ca şi conţinut şi repere spaţiale şi temporale; este ilustrată sau exemplificată prin *câmpul conştiinţei* care integrează prezenţa în lume şi reflectarea prezentului.

TULBURĂRILE CONŞTIINŢEI reprezintă perturbările capacităţii de reflectare a propriei persoane şi a lumii externe, sunt dependente de capacităţile cognitive şi de starea afectivă.

TULBURĂRILE CANTITATIVE ale stării de conştienţă sau de luciditate, nu sunt însoţite de fenomene productive şi asociază progresiv tulburări vegetative, includ în ordinea crescândă a gravităţii:

- **obtuzia =** bradipsihie uşoară cu latenţe în înţelegerea întrebărilor şi formularea răspunsurilor;
- **hebetudinea** = perplexitate sau nedumerire variabil tensionată şi indiferentism;

- **torpoarea** = somnolen cu indiferentism crescut, bradikinezie i usoar dezorientare;
- **obnubilarea** = bradipsihie semnificativ i creterea pragurilor senzoriale cu rspunsuri tardive aprute doar la stimuli puternici;
- **stupoarea** = akinezie confuziv cu scderea marcat a vigilitii, mutism i negativism pasiv;
- **soporul** = somnolena patologic, persistent cea mai mare parte a zilei;
- **coma** = suspendarea total a contiinei în epilepsie, lipotimie, sincopa i com:

TULBURRILE CALITATIVE includ modificri ale câmpului contiinei i produciei patologice ale psihismului la nivelul percepiei, gândirii i imaginaiei. Se descriu urmtoarele forme clinice:

- **îngustarea câmpului contiinei** focalizarea capacitii de reflectare a realitii asupra unui numr redus de idei sau evenimente trite sau imaginate - în tulburri obsesive, paranoia, sindromul de stres posttraumatic.
- **starea crepuscular** schimbarea paroxistic a capacitii de reflectare a persoanei cu afectarea vigilitii, îngustarea câmpului contiinei cu meninerea unei activiti automate dar desprinse de context, fenomene halucinator -delirante, exaltare sau disforie în plan afectiv, include automatismul ambulatoriu diurn sau nocturn i fugile patologice, urmat de amnezie lacunar sau parial. Poate apare în reaciile psihopatologice, beia patologic, epilepsia temporal, tulburri isterice de intensitate psihotic precum sindromul Ganser i pseudodemena isteric.
- **strile confuzive:**

- **Onirismul** - substituirea realit□ii cu produc□ii fictive ca într-un vis tr□it în care persoana î□i schimb□ comportamentul fa□□ de ambian□□, ac□ionând conform con□inuturilor acestuia.
- **Oneiroidia** - intricarea produc□iilor halucinator - delirante în realitate cu reflectarea discontinu□ □i par□ial□ a acesteia, stare de vis la care persoana asist□ f□r□ s□ participe, existând deci o discrepan□□ între tr□irile □i comportamentul individual.
- **Amentia** - stare confuziv□ de maxim□ intensitate dominat□ de incoeren□a ideo-verbal□ □i mai pu□in cea motorie, perplexitate □i incontinenta afectiv□, fenomene parakinetice urmate de amnezie lacunar□.

Diferitele variante de st□ri confuzive pot fi întâlnite în afec□iuni intracraniene de natur□ inflamatorie, tumoral□ sau vascular□; afec□iuni generale: st□ri febrile, intoxica□ii medicamentoase, profesionale, alimentare; toxicomanii adesea ca manifest□ri ale sevrajului; encefalopatii metabolice: diabet, insuficien□□ respiratorie, hepato-renal□; boli endocrine -mixedem, boala Adison, hipertiroidism; st□ri de □oc cardiogen, traumatic sau postoperator; hemopatii; avitaminoze; psihozele schizofrenice; psihozele cronice delirante; psihozele post-partum.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Starea de luciditate:
    a. reprezint□ nivelul minim de func□ionare a psihismului
    b. permite schimbul de informa□ii cu lumea material□ □i uman□,
    c. permite comunicarea
    d. permite integrarea în realitate
2. Tulbur□rile con□tiin□ei:
    a. reprezint□ perturb□rile capacit□ii de reflectare a propriei persoane
    b. reprezint□ perturb□rile capacit□ii de reflectare a lumii externe
    c. nu depind de capacit□ile cognitive
    d. nu depind de starea afectiv□.
3. Tulbur□ri cantitative ale st□rii de con□tien□ sau de luciditate sunt:
    a. obtuzia
    b. starea crepuscular□
    c. hebetudinea
    d. coma
4. Tulbur□ri cantitative ale con□tiin□ei mai severe decât torpoarea sunt:
    a. obnubilarea
    b. stupoarea
    c. coma
    d. hebetudinea
5. Onirismul este:

a. suspendarea total a con tiin ei ca în epilepsie, lipotimie, sincopa
b. substituirea realit ii cu produc ii fictive ca într-un vis tr it
c. include automatismul ambulatoriu diurn sau nocturn
d. stare de vis la care persoana asist f r s participe

CAPITOLUL IV
SENZA□IA, PERCEP□IA □I TULBUR□RILE LOR

În cadrul proceselor psihice de cunoa□tere fac parte senza□ia □i percep□ia, aten□ia, memoria □i gândirea. Acestea ne ofer□ informa□ii asupra propriului organism □i asupra lumii exterioare □i se desf□oar□ în interdependen□a cu afectivitatea □i sunt condi□ionate de starea con□tiin□ei.

SENZA□IA este act psihic elementar, monomodal, de realizare a imaginii singulare a unei însu□iri a unui obiect sau fenomen prin intermediul unui singur analizator.

PERCEP□IA este procesul psihic multimodal care reflect□ obictele □i fenomenele prin imaginea lor în ansamblu.

TULBUR□RILE CANTITATIVE ale func□iei estezice sunt hiperestezia, hipoestezia, anestezia □i cenestopatia.

HIPERESTEZIA este percep□ia exagerat□ a stimulilor din mediu sau din propriul corp datorit□ sc□derii pragului de excitabilitate. Se întâlne□te în st□ri de surmenaj, intoxica□ii, nevroze, în debutul psihozelor □i în episoadele maniacale, în tulbur□rile psihice de natura infec□ioasa □i toxic□, în hipertiroidism.

HIPOESTEZIA reprezint□ diminuarea activit□□ii perceptive datorit□ cre□terii pragului de excitabilitate. Se întâlne□te în reac□iile psihopatologice, oboseal□ marcat□, depresii, schizofrenii, oligofrenii, tulbur□rile psihice postraumatice, în tulbur□rile con□tiin□ei.

ANESTEZIA se caracterizeaz□prin pierderea global□ sau par□ial□ a percep□iei, se întâlne□te în st□rile comatoase, traumatisme craniocerebrale, catatonie, oligofrenie, demen□a profund□. O form□special□este reprezentat□de anestezia „în

ciorap” sau „în mănu”, ce reprezintă pierderea sensibilității senzoriale pe o regiune delimitată de corp care nu respectă teritoriul deservit de inervația senzitivă, se întâlnește patognomonic în tulburarea de conversie.

CENESTOPATIA reprezintă senzații penibile, dureroase, localizate sau difuze cu sediu variabil, fără nici un substrat organic decelabil. Se întâlnesc frecvent în nevroze, depresii, tulburări somatoforme, tulburări hipocondriace.

TULBURĂRILE CALITATIVE ale percepției sunt reprezentate de iluzii și halucinații.

ILUZIILE sunt percepții deformate a obiectelor sau fenomenelor.

Iluziile fiziologice apar prin modificarea condițiilor perceptuale distanță prea mare, luminozitate prea mică, fenomene de refracție, emoții intense, stimulare monotonă. Exemple: iluzii optico – geometrice, iluzii de greutate, de volum. Ele sunt corectabile de către subiect care sesizează eroarea perceptuală.

Iluziile patologice sunt necorectabile de către subiect și se clasifică în iluzii exteroceptive, interoceptive și proprioceptive. În funcție de analizator se pot clasifica în iluzii vizuale, auditive, gustative, olfactive și tactile.

Iluziile vizuale sunt reprezentate de **macropsii** – în care obiectele par mai mari decât în realitate, **micropsii** – în care obiectele par mai mici decât în realitate, **dismegalopsii** – obiectele par alungite, **metamorfopsii** – obiectele par deformate, **poropsii** – obiectele par mai aproape sau mai departe decât în realitate. **Paraidoliile** sunt iluzii de o deosebită intensitate și bogăție în care participarea imaginativă și afectivă sunt deosebite – de exemplu: norii percepuți ca balauri, figurile geometrice de pe covor sunt

percepute ca un reprezentarea unui sat; acestea nu sunt considerate patologice la copii.

Iluziile auditive sunt reprezentate de sunete i zgomote modificate ca intensitate, timbru sau distan fa de subiect, frecvent „ceva” fiind considerat de fapt drept „altceva” – percep ie delirant .

Iluziile olfactive i gustative apar recvent asociate i sunt greu de diferen iat i constau în percep ia eronat a gustului i a mirosului.

Iluziile interoceptive sau viscerale constau în perceperea deformat a func ionrii unor aparate sau sisteme ale organismului, fiind frecvente în schizofrenii, depresii psihotice, intoxica ii, tulbur ri de con tiin .

Iluziile proprioceptive duc la perceperea deformat a mi c rilor propriului corp, perceperea deformat a formei, greut ii i a poziiei propriului corp - iluziile de modificare a schemei corporale.

HALUCINA IILE sunt percep ii false f r obiect de perceput. Se caracterizeaz prin modalitate senzorial , proiec ie spa ial , complexitate, intensitate, convingerea personal în obiectivitatea percep iei i rezonan a afectiv .

Halucina iile fiziologice apar în condi ii de modificare a vigilit ii cum sunt fazele trecerii de la somn la veghe – **hipnapompice** - i de la veghe la somn – **hipnagogice**, sunt de scurt durat i u or corectabile de c tre subiect.

Halucina iile func ionale sunt percep ii false ce apar asociate cu o percep ie real determinat de un excitant obiectiv i care dureaz atât timp cât exist excitantul real.

Imaginile eidetice constau în capacitatea unor subiec i de a putea revedea proiectând în exterior reprezentarea unui obiect ce le-a fost expus numai câteva

clipe. Nu sunt considerate patologice la copii, pictori și sahiști.

Halucinozele sunt halucinații al căror caracter patologic este recunoscut de subiectul care adoptă o atitudine critică față de ele și încearcă să le verifice autenticitatea. Se întâlnesc în leziuni ale analizatorilor, în tulburările psihice de natură toxică, infecțioasă și în ateroscleroza cerebrală. Cele mai frecvente sunt auditive, vorbire la persoana a III-a, patognomonice în halucinoza alcoolică.

Halucinațiile intrapsihice sunt lipsite de proiecție spațială fiind percepute în minte, în interiorul corpului și având adesea forme și conținuturi stranii; sunt trăite ca fenomene impuse din exterior, imposibil de controlat voluntar; se clasifică în **auditive** - sunete și voci interioare, ecoul gândirii și al lecturii; **vizuale** - imagini percepute ”cu ochii minții”; **gustative, olfactive și tactile -** senzații extrem de penibile provocate de la distanță, frecvent localizate în zona genitală. Se întâlnesc în mod caracteristic în schizofrenii, în stări confuzive de natură toxică sau infecțioasă.

Halucinațiile propriu-zise se clasifică în halucinații exteroceptive, interoceptive și proprioceptive. **Halucinațiile exteroceptive** în funcție de nalizatorul implicat sunt auditive, vizuale, tactile, olfactive și gustative.

Cele mai frecvente halucinații la adult sunt **halucinațiile auditive** care pot fi episodice sau permanente, de intensitate și complexitate variabilă, cu diferite răspunsuri afective. Se întâlnesc în patologia ORL, boli neurologice, stări confuzive, aura epileptică, depresii de intensitate psihotică, schizofrenii.

Halucinațiile vizuale sunt mult mai frecvente la copil și se acompaniază întotdeauna de un puternic răsunet afectiv

și comportament halucinator fiind ușor de evidențiat. Se întâlnesc în patologia oftalmologică și neurologică, tumori cerebrale, epilepsie, în stări confuzive, în schizofrenii și în delirium tremens, în acest caz patognomonice fiind halucinațiile cu animale numite **zoopsii**.

Halucinațiile olfactive și gustative apar de obicei împreună și reprezintă mai mult de jumătate din totalul halucinațiilor, având rezonanță afectivă plăcută sau neplăcută. Se întâlnesc în crizele uncinate din epilepsia temporala, în nevrozele obsesive, fobice și isterice, în psihozele afective și delirium tremens.

Halucinațiile tactile sunt reprezentate de algii, modificări de temperatură, parestezii, mișcări ale unor insecte subcutanat, continue sau discontinue. Se întâlnesc în intoxicațiile cu substanțe toxice, în psihozele alcoolice și de involuție = delirul cu ectoparaziți.

Halucinațiile interoceptive sau viscerale constau în senzația de transformare sau de schimbare a poziției unor organe interne, culminând cu fenomenul de posesiune sau de metamorfozare într-un animal; frecvent sunt resimțite neplăcut și sunt localizate genital inducând un comportament halucinator cu măsuri de protecție variate. Se întâlnesc în tulburările hipocondriace delirante, schizofreniile paranoide și în psihozele de involuție.

Halucinațiile proprioceptive sau motorii constau în impresii de deplasare a unor segmente ale corpului sau ale acestuia în întregime, frecvent interpretate ca efectul unor forțe exterioare.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere,
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Hiperestezia:
    a. implic□exagerarea senza□iilor
    b. se întâlne□te în hipotiroidism
    c. apare datorit□sc□derii pragului de excitabilitate
    d. este o tulburare cantitativ□
2. Percep□ia:
    a. este un proces psihic elementar
    b. face parte din procesele de cunoa□tere
    c. implic□un singur analizator
    d. este un proces multimodal
3. Tulbur□rile calitative ale percep□iei sunt:
    a. anestezia
    b. cenestopatia
    c. iluziile
    d. paraidoliile
4. Anestezia:
    a. reprezint□pierderea global□a percep□iei
    b. reprezint□pierderea par□ial□a percep□iei
    c. respect□teritoriul deservit de inerva□ia senzitiv□
    d. se întâlne□te în TCC, stare comatoas□, oligofrenie
5. Iluziile
    a. sunt percep□ii false ale obiectelor □i fenomenelor
    b. pot fi fiziologice
    c. se pot clasifica în func□ie de analizatorul implicat
    d. proprioceptive constau în percepeprea deformat□a func□ion□rii unor aparate sau sisteme ale organismului
6. Sunt adev□rate urm□toarele afirma□ii:

a. caracterul patologic al halucinozelor nu este recunoscut de subiect
b. halucinațiile intrapsihice sunt lipsite de proiecție spațial
c. halucinațiile hipnapompice sunt fiziologice
d. halucinațiile vizuale se întâlnesc în tumori cerebrale, epilepsie, stări confuzive, schizofrenie

7. Dismegalopsiile sunt
   a. iluzii vizuale
   b. halucinații vizuale
   c. procesul psihic prin care obiectele aper deformate
   d. halucinații gustative
8. Halucinațiile tactile:
   a. sunt reprezentate de algii
   b. se întâlnesc în intoxicații toxice
   c. se întâlnesc în crizele uncinate din epilepsia temporal
   d. pot fi intrapsihice
9. Imaginile eidetice:
   a. constau în capacitatea unor subiecți de a putea revedea proiectând în exterior imaginea unui obiect expus câteva clipe
   b. nu sunt considerate patologice la copii
   c. sunt iluzii
   d. sunt tulburări calitative ale percepției
10. Sunt tulburări calitative de percepție:
    a. Iluziile
    b. Hiperestezia
    c. Halucinațiile
    d. Amneziile

CAPITOLUL V
ATENŢIA ŞI FUNCŢIILE EI

ATENŢIA este funcţia psihică cu rol în autoreglarea activităţii psihice, prin intermediul ei se realizează orientarea şi concentrarea psihismului spre un grup limitat de obiecte şi fenomene din câmpul perceptual. Este indispensabilă procesului de cunoaştere, de ea depinde claritatea percepţiilor şi fixarea lor în memorie. Orientarea atenţiei depinde de imperative biologic-adaptative şi electivităţii personale.

Dezvoltarea ei se face în paralel cu aceea a funcţiilor senzoriale, primele indicii apărând cu luna a doua de viaţă; de la vârsta de 4 luni când apar primele elemente ale curiozităţii atenţia se dezvoltă progresiv până la pubertate prin activitatea ludică, prin educaţie şi socializare. Până la vârsta de un an are un caracter spontan şi motivaţii afectiv-senzoriale, apoi având un caracter preponderent voluntar şi motivaţii sociale şi spirituale.

Atenţia involuntară, spontană sau neintenţională, este determinată de stimuli senzoriali care intervin brusc în stare de nepregătire a organismului sau poartă o noutate informaţională, **atenţia voluntară** este deliberată şi susţinută prin efort volitional, iar **atenţia postvoluntară**, habitual, cu desfăşurare reflexă, semiautomată, apare ca urmare a transformării atenţiei voluntare în atenţie involuntară prin repetiţie.

Însuşirile atenţiei sunt **volumul** atenţiei, numărul de obiecte şi fenomene din câmpul perceptual asupra cărora se poate orienta la un moment dat; **concentrarea,** capacitatea de a delimita obiectele şi fenomenele vizate de fondul câmpului perceptual; **selectivitatea,** capacitatea de a

diferen□ia obiectele □i fenomenele vizate unele fa□□ de altele; **tenacitatea,** durata perioadei în care se desf□oar□ procesul aten□iei pân□ la apari□ia oboselii fiziologice = 20-40 minute; **comutativitatea,** mobilitatea, capacitatea de comutare a aten□iei în câmpul perceptual în func□ie de motiva□ia dominant□ □i conjunctur□ □i **distributivitatea,** capacitatea de plurifocalizare a aten□iei.

TULBUR□RILE ATEN□IEI – DISPROSEXII

HIPERPROSEXIA semnific□ cre□terea aten□iei, polarizarea acesteia spre un anumit domeniu fiind asociat□ cu hipoprosexia, diminuarea aten□iei, spre restul domeniilor. În cazul hiperprosexiilor, scade comutativitatea □i cre□te concentrarea aten□iei. Hiperprosexia fiziologic□ se întâlne□te în situa□iile de cre□tere a interesului sau în situa□ii cu risc vital sau în st□ri de excita□ie psihomotorie. În mod patologic hiperprosexiile sunt de cele mai multe ori selective sau par□iale, vizând un anumit sector al vie□ii psihice, se descriu în neurastenia cenestopat□, nevroza obsesivo-fobic□, la personalit□□ile patologice de tip obsesiv-compulsiv, în psihozele paranoice, afective □i în delirul hipocondriac, în intoxica□iile u□oare cu alcool □i cofein□.

HIPOPROSEXIA const□ în diminuarea aten□iei, în special a capacit□□ilor de concentrare □i selectivitate. Pot fi fiziologice în st□rile de surmenaj, oboseal□, st□ri de iritabilitate, situa□ii anxiogene □i în st□rile afective intense. Patologic se întâlne□te în nevrozele anxioas□ □i depresiv□, la personalit□□ile instabile, explozive, în psihozele schizofrenice, oligofreniile u□oare □i debutul demen□elor. În

episodul maniacal exist o hipervigilitate i o hipotenacitate prosexic particulare.

APROSEXIA const în abolirea aten iei, se întâlne te în st rile confuzionale, în sindromul catatonic, oligofreniile severe i în stadiile avansate ale demen elor.

Substratul neurofiziologic al aten iei este într-o m sur semnificativ reprezentat prin activitatea forma iunii reticulate mezencefalice – sistemul reticulat activator ascendent, respectiv diencefalice - sistemul reticulat difuz de proiec ie i a conexiunilor ei corticale, cu rol în stabilitatea respectiv în mobilitatea aten iei i în între inerea st rii de vigilitate.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Este adev□rat c□:
    a. aten□ia este func□ia psihic□ cu rol în orientarea □i concentrarea psihismului spre un grup limitat de obiecte □i fenomene
    b. de aten□ie nu depinde claritatea percep□iilor
    c. aten□ia nu influen□eaz□ fixarea percep□iilor în memorie.
    d. orientarea aten□iei depinde de imperative biologic-adaptative □i electivit□i personale
2. Volumul aten□iei reprezint□
    a. capacitatea de a delimita obiectele □i fenomenele vizate de fondul câmpului perceptual
    b. durata perioadei în care se desf□oar□ procesul aten□iei pân□ la apari□ia oboselii fiziologice = 20-40 minute
    c. capacitatea de comutare a aten□iei în câmpul perceptual
    d. num□rul de obiecte □i fenomene din câmpul perceptual asupra c□rora se poate orienta la un moment dat
3. Aten□ia deliberat□ sau sus□inut□ prin efort voli□ional este cunoscut□ sub denumirea de:
    a. Aten□ia involuntar□
    b. Aten□ia postvoluntar□
    c. Aten□ia voluntar□
    d. Memoria de scurt□ durat□

4. Hipoprosexia
    a. const□ în diminuarea capacit□ilor de concentrare aten□iei
    b. pot fi fiziologice în st□rile de surmenaj, oboseal□
    c. patologic se întâlne□te în nevrozele anxioas□ □i depresiv□
    d. patologic se întâlnesc la personalit□ile patologice de tip obsesiv-compulsiv
5. Hiperprosexia
    a. semnific□ cre□terea aten□iei, polarizarea acesteia spre un anumit domeniu fiind asociat□ cu hipoprosexia, diminuarea aten□iei, spre restul domeniilor. În cazul hiperprosexiilor, scade comutativitatea □i cre□te concentrarea aten□iei. Hiperprosexia
    b. fiziologic□ se întâlne□te în situa□iile de cre□tere a interesului
    c. fiziologic□ se întâlne□te în situa□ii cu risc vital
    d. patologic se întâlne□te în oligofrenii □i demen□e

CAPITOLUL VI
MEMORIA ŞI TULBURĂRILE EI

MEMORIA este funcţia psihică prin care se realizează fixarea, conservarea şi reactualizarea - prin intermediul recunoaşterii şi reproducerii - a experienţelor de viaţă anterioare a persoanei umane. Este condiţionată de starea conştiinţei, de suportul afectiv şi de participarea operaţiilor gândirii.

Trebuie diferenţiată de **ÎNVĂŢARE** care este un proces complex, conştient şi voluntar care antrenează şi atenţia, gândirea şi imaginaţia.

Regresiunea memoriei este un proces în care uitarea se face de la complex la simplu şi dinspre prezent înspre trecut, în ordinea inversă a achiziţiilor. Substratul neurofiziologic presupus include circuitele neuronale hipocampo – mamilo – talamo - cingulare şi este condiţionat de integritatea morfofunctională a sistemului nervos central.

TULBURĂRILE MEMORIEI pot fi cantitative şi calitative.

TULBURĂRILE CANTITATIVE ale memoriei sunt reprezentate de hipermnezie, hipomnezie şi amnezie.

HIPERMNEZIILE presupun exagerarea fixării, reproducerii sau evocării cantitativ şi calitativ superioare, involuntare şi apar atât în condiţii fiziologice precum stări afective pozitive sau negative intense sau în prezenţa unor motivaţii puternice; dar şi în situaţii patologice la personalităţile psihopatice de tip paranoic, obsesiv - compulsiv, evitant şi dependent, în nevroza obsesivo - fobică şi isterică, în delirurile interpretative şi pasionale, în oligofrenii – „idioţii savanţi”, în toxicomanii, în aura sau echivalenţele epileptice.

MENTISMUL este o form□ special□ de hipermnezie care const□ în derularea incoercibil□ □i anxiogen□ a unor amintiri, subiectul r□mânând un simplu spectator; apare în st□ri de surmenaj, intoxica□ii cu alcool, cofein□ sau preparate psihotrope, în debutul psihozelor schizofrenice.

VIZIUNEA RETROSPECTIV□ este o form□ extrem□ a hipermeziilor în care subiectul retr□ie□te în câteva minute principalele evenimente ale vie□ii, apare în paroxismele anxioase, st□ri de pericol vital iminent, în crizele de epilepsie temporal□.

HIPOMNEZIILE constau în diminuarea capacit□ilor de fixare □i evocare legat□ întotdeauna □i de un deficit prosexic, pot fi fiziologice - în st□ri de oboseal□, surmenaj sau deficit motiva□ional sau patologice – în neurastenie, oligofrenii, tulbur□rile psihice posttraumatice, debutul demen□elor.

Dintre formele particulare a hipomneziilor men□ion□m **ANECFORIA** în care subiectul reproduce cu ajutorul anturajului evenimente care p□reau uitate, apare în st□ri de solicitare psihic□ sau oboseal□ □i **LAPSUSUL** - dificultate pasager□ de reproducere a no□iunilor, datelor, amintirilor, etc.

AMNEZIILE constau în imposibilitatea fix□rii □i evoc□rii experien□elor existen□iale. Se clasific□ în amnezii anterograde, retrograde sau antero-retrograde. **AMNEZIILE ANTEROGRADE SAU DE FIXARE** constau în abolirea capacit□ilor de fixare □i evocare dup□ interven□ia unei psihotraume, se întâlnesc în reac□ii psihopatologice, nevroze, st□ri confuzive, psihozele afective bipolare, TCC. **AMNEZIILE RETROGRADE SAU DE EVOCARE** constau în abolirea func□iei mnestice pentru perioada care preced□ interven□ia unui factor traumatizant cu p□strarea fix□rii □i alterarea memoriei de evocare, se întâlnesc în afazia

Wernicke, psihoza Korsakov, tulburările psihice posttraumatice și în demențe. **AMNEZIILE ANTERO-RETROGRADE SAU PROGRESIVE** constau alterare globală a funcției mnestice care implică atât memoria de fixare cât și cea de evocare, pierderea amintirilor făcându-se dinspre prezent spre trecut cu ștergerea progresivă a conținuturilor memoriei socio-culturale, autistice și senzorio-motorii, fiind specifice tulburărilor psihice involutive. **AMNEZIILE LACUNARE** sunt goluri mnestice apărute prin deficitul procesului de fixare, apar în stări confuzive, după traumatisme cranio- cerebrale, în echivalențele epileptice. **AMNEZIILE SELECTIVE** sunt reprezentate de deficit de evocare corespunzător unei anumite teme, sunt întotdeauna psihogene și reversibile.

TULBURĂRILE CALITATIVE ale memoriei se numesc și **PARAMNEZII**.

CRIPTOMNEZIA reprezintă convingerea subiectului asupra faptului că evenimente văzute, auzite sau citite sunt amintiri trăite personal, apare datorită scăderii capacității de a diferenția experiențele proprii de cele străine, se întâlnește în isterie, schizofrenii, paranoia și în demențe.

FALSA RECUNOAȘTERE constă în fenomene de tipul deja sau niciodată văzut, cunoscut sau trăit în producerea cărora principalul rol îl au tulburările memoriei; se întâlnesc în leziuni ale analizatorilor, în epilepsia temporală, în stări confuzive, în nevrozele obsesivă, fobică și isterică, în depresii, debutul schizofreniilor, stări de surmenaj și episoade maniacale.

FALSA NON-RECUNOAȘTERE constă în identificarea unei persoane cunoscute ca fiind necunoscută, este mult mai rară și se descrie în tulburările isterice și obsesivo – fobice.

ILUZIA SOSIILOR const în descrierea unor persoane ca fiind sosii ale unei persoane cunoscute de i aspectul acestora este total diferit. Se întâlne te în st ri confuzive, episoade maniacale i schizofrenii.

PSEUDOREMINISCEN ELE constau în evocarea unor evenimente reale din trecut pe care subiectul le retr ie te în prezent, confundând coordonatele temporal i spa ial , se întâlnesc în psihoza Korsakov i în demen e.

CONFABULA IILE constau în falsificarea incon tient a experien elor anterioare tr ite sau imaginare asociate cu raportare eronat în timp i spa iu cu scopul de a compensa deficitul mnestic. Se descriu în st ri confuzive, psihoza Korsakov, oligofrenii, demen e i episodul maniacal.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere,
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Memoria:
    a. Este condi□ionat□ de starea de con□tien□□
    b. Regreseaz□ dinspre trecut spre prezent
    c. Nu este întotdeauna condi□ionat□ de integritatea SNC
    d. Realizeaz□ fixarea, conservarea □i reactualizarea experien□elor de via□□ anterioare
2. Tulbur□rile cantitative ale memoriei sunt:
    a. Hipermneziile
    b. Paramneziile
    c. Hipomneziile
    d. Amneziile
3. Amneziile pot fi:
    a. Amnezii lacunare
    b. Paramnezii
    c. Amnezii anterograde
    d. Lapsusul
4. Dintre tulbur□rile calitative ale memoriei fac parte:
    a. Mentismul
    b. Anecforia
    c. Confabula□iile
    d. Iluzia sosiilor
5. Mentismul:
    a. Este o form□ de hipermnezie
    b. Apare în intoxica□ii cu alcool sau cofein□
    c. Const□ în falsificarea incon□tient□a experien□elor anterioare
    d. Este o form□ de paramnezie

6. Dificultatea pasager de reproducere a datelor sau amintirilor define te:
    a. Amnezia lacunar
    b. Mentismul
    c. Lapsusul
    d. Criptomnezia
7. Confabula iile:
    a. Constau în falsificarea incon tient a experien elor anterioare – tr ite sau imaginare
    b. Apar în oligofrenii,demen e, st ri confuzive
    c. Sunt tulbur ri cantiative ale memoriei
    d. Reprezint forme particulare ale amneziei
8. Amneziile de fixare sunt
    a. Amnezii retrodrade
    b. Amnezii anterograde
    c. Amnezii antero-retrograde
    d. Forme de amnezie ce apar dup TCC
9. Anecforia:
    a. Este o form extrem a hipermneziei
    b. Subiectul reproduce cu ajutorul anturajului evenimente care p reau uitate
    c. Apare în st ri de oboseal i surmenaj
    d. Este caracteristic st rilor psihopatologice
10. Referitor la amneziile progresive urm toarele afirma ii sunt false:
    a. sunt amnezii antero-retrograde
    b. sunt caracterizate de alterarea global a func iei mnestice
    c. pierderaea amintirilor se produce dinspre trecut spre prezent
    d. reprezint tulbur ri calitative ale memoriei

CAPITOLUL VII
GÂNDIREA ŞI IMAGINAŢIA ŞI TULBURĂRILE LOR

GÂNDIREA cea mai organizată şi complexă funcţie psihică prin intermediul căreia se realizează integrarea şi prelucrarea informaţiilor referitoare la lumea externă şi cea internă a persoanei. Asigură un nivel calitativ superior al cunoaşterii prin caracterul său mijlocit şi generalizat abstract confirmate de faptul că operează cu informaţii obţinute prin percepţie şi reprezentare simplificând realitatea prin reducerea ei la trăsăturile esenţiale şi restructurând-o prin modelare şi generalizare. Prin integrarea afectivităţii şi proceselor mnestice se realizează nu doar interpretarea ci şi îmbogăţirea realităţii şi se facilitează angajarea persoanei în conduite prospective.

Operaţiile gândirii sunt **ANALIZA** = divizarea unui obiect sau fenomen în părţile componente şi delimitarea esenţialului de neesenţial, **SINTEZA =** opusă analizei, care realizează reconstruirea obiectului ca întreg prin reunirea însuşirilor sale esenţiale, **COMPARAŢIA** = distinge asemănările şi deosebirile dintre obiectele şi fenomenele analizate, **ABSTRACTIZAREA** = operaţia prin care se desprind anumite însuşiri ale unui obiect sau fenomen – considerat esenţial - şi sunt ignorate celelalte, **CONCRETIZAREA** = operaţia inversă, prin care descrierea unui obiect sau fenomen se face în toată varietatea atributelor sale, **GENERALIZAREA** = trecerea de la reflectarea unui obiect sau fenomen la o categorie de obiecte sau fenomene pe baza unor însuşiri comune şi esenţiale şi **SISTEMATIZAREA** = clasificarea şi ierarhizarea obiectelor şi fenomenelor pe baza însuşirilor comune şi a celor particulare.

Dezvoltarea gândirii începe de la vârsta de un an, paralel cu aceea a limbajului, apelând inițial la reprezentări concrete ale obiectelor și fenomenelor; prin implicarea în diverse activități, de la cele ludice până la cele care vizează dezvoltarea aptitudinilor subiectului, sunt cultivate spiritul de observație, intuiția și apelul la modele de reguli în rezolvarea situațiilor problematice și ca urmare se structurează capacitatea de construcție mintală – deci de înțelegere - a unei acțiuni sau a unei situații

TULBURĂRILE RITMULUI GÂNDIRII sunt reprezentate de accelerarea sau diminuarea acestuia. Accelerarea ritmului gândirii - **tahipsihia,** cu multiplicarea numărului asociațiilor care devin mai superficiale, când se asociază și o dispoziție expansivă apare **fuga de idei** care atunci când asociațiile își pierd total legătura devine extremă și poartă numele de **incoerenta ideativa**. O formă particulară este **mentismul** reprezentând desfășurarea incoercibilă și tumultuoasă a ideilor la care subiectul asistă pasiv. Diminuarea ritmului gândirii = **bradipsihia,** presupune o exprimare și răspunsuri lente = **bradilalie**, cu tendință la repetarea întrebărilor sau la întrebări cu voce tare; se întâlnește în: confuzie, surmenaj, depresii, schizofrenii, oligofrenii, demențe, psihosindroamele posttraumatice, boala Parkinson; Lentoarea ideativă apare și în alte variante: **fadingul mintal** - încetinirea progresivă a ritmului gândirii și a celui verbal - în depresii, schizofrenii, **barajul mintal** - oprirea bruscă a cursului gândirii cu reluarea după un interval de timp variabil a aceleiași teme sau a alteia - semn patognomonic în schizofrenii, descris și în tulburările isterice și la personalitățile omonime, **ruminația mintală** perseverare monotematică de durată, obositoare și anxiogenă - în neurastenie, nevrozele obsesive, la personalitățile

obsesiv-compulsive și **anideația** -dispariția aproape totală a fluxului ideativ care devine uneori imposibil de obiectivat precum în stările comatoase, în idiotie și demență.

TULBURĂRILE PREDOMINANT CALITATIVE

Perturbările asociațiilor ideative include **asociațiile superficiale, circumstanțiale, polarizate sau bizare. Incoerența ideativă** constă în pierderea legăturii dintre noțiuni, propoziții și fraze, a căror succesiune devine întâmplătoare fiind întâlnită în stările confuzive, episoadele maniacale, schizofrenii, demențe. **Raționalismul morbid** este detașarea conținutului gândirii de concret prin dezvoltarea unor judecăți și raționamente extrem de minuțioase și riguroase care sunt însă în mod paradoxal lipsite de importanță, în nevrozele obsesive, fobice, debutul psihozelor schizofrenice și cronice delirante.

TULBURĂRILE DE CONȚINUT ALE GÂNDIRII sunt:

IDEILE DOMINANTE sunt idei detașate de context, care se impun în mod tranzitoriu gândirii și pot fi legate de anumite particularități ale personalității subiectului, apar în condiții normale în cadrul unor preocupări concrete sau în mod reactiv după psihotraume fiind favorizate de oboseală și consumul de alcool

IDEILE OBSESIVE sunt idei care asediază și invadează gândirea fiind recunoscute și resimțite ca străine de către subiect deoarece contrastează atât cu personalitatea acestuia cât și cu situația dată, induc trăiri anxioase, penibile iar subiectul face un efort voluntar permanent pentru a le îndepărta ex. **verificări repetate** ale unor acte sau a conținutului ideativ datorită hiperconștientizării posibilității de a greși; **amintirile obsesive și ruminațiile obsesive** preocupări abstracte, nerezolvabile, extrem de chinuitoare pe teme precum – de ce și dacă - există Dumnezeu, viața

extraterestra, suflet, nemurire; **ideile de contrast** care contrasteaz cu sistemul etic, cu valorile i sentimentele subiectului; **onomatomania** nevoia imperioasa de a-i aminti nume sau termeni acontextuali, **aritmomania** tendina de a numra sau de a face operaii aritmetice legate de obiectele sau fiinele din jur. **Compulsiunile** sau inteniile de act obsesive sunt preocupri intense însoite de o tensiune psihic insuportabil - de a executa aciuni ridicole, lipsite de sens care rmân doar ca reprezentri mintale fiind substituite cu acte stereotipe, cu efect anxiolitic numite **ritualuri**, apar în strile de surmenaj, în nevrozele obsesive i fobice, la personaliti anxios - evitante, dependente, obsesiv – compulsive.

IDEILE PREVALENTE sunt idei care domin câmpul contiinei, nu sunt în concordan cu realitatea dar nu sunt percepute ca strine subiectul încercând s le argumenteze în cele mai diverse moduri prin interpretarea greit a realitii de care totui înc nu se detaeaz. Se întâlnesc în psihozele reactive, în strile postconfuzionale onirice din toxicomanii, epilepsie i în strile prepsihotice

IDEILE DELIRANTE sunt judeci eronate ale realitii obiective care domin contiina subiectului i sunt exprimate prin comportament; sunt ego - sintone, subiectul fiind incapabil s sesizeze coninutul sau efectele lor patologice i s adopte atitudine critic, fapt care le face impenetrabile la contraargumente. Dup coninutul tematic în idei delirante se clasific în **idei macromanice** - de grandoare, de invenie, de reform, de filiaie, erotomanice sau mistice – **idei micromanice** – de autodevalorizare, autoculpabilizare, de negaie, inutilitate, incurabilitate, autolitice – i **idei paranoide** - de persecuie, de revendicare, de relaie, de transformare i posesiune

zoopatic, hipocondriace, de influen, metafizice i cosmogonice.

IMAGINA IA este func ia psihic prin intermediul c reia se realizeaz prelucrarea i transformarea ideilor i reprezent rilor cu scopul cre rii altora noi pornindu-se de la obiecte, fenomene i experien e reale sau inexistente. Ea este sus inut de opera iile gândirii, are strânse interferen e cu afectivitatea, cu motiva iile subiectului i poate fi caracteristic a personalit ii.

Tulbur rile imagina iei sunt reprezentate de **sc derea** imagina iei – în oligofrenii, demen e, psihosindroamele organice, st rile confuzive, depresii, nevrozele obsesive sau **exaltarea** imagina iei - în st rile de intoxica ie u oar, schizofrenia paranoid, psihozele cronice delirante i episoadele maniacale. O form particular a exalt rii imagina iei este **MITOMANIA** ce implic supraestimarea propriei persoane i falsitatea con inutului relat rilor vizând impresionarea anturajului fa de care mitomanul tr ie te cu teama c nu poate realiza o leg tur interpersonal decât prin intermediul fabula iei;

SIMULATIA reprezint falsificarea st rii reale de s n tate cu mimarea unor suferin e somatice sau psihice în vederea ob inerii unui beneficiu material, afectiv sau moral, depinde de nivelul intelectual i cultural, precum i de experien a de via a subiectului i a anturajului fiind descris în tulbur rile isterice i în oligofrenii. **SUPRASIMULA IA** const în amplificarea unei suferin e somatice sau psihice reale, **METASIMULA IA** = perseverarea în afi area unor simptome somatice sau psihopatologice dup ce subiectul s-a ref cut, cu scopul ob inerii unor beneficii, iar **DISIMULA IA** const în mascarea unor simptome psihice sau fizice, în vederea evit rii unei interven ii terapeutice.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere,
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Opera□iile gândirii sunt:
    a. analiza, sinteza □i compara□ia
    b. abstractizarea, concretizarea □i generalizarea
    c. sistematizarea, adic□ ierarhizarea □i clasificarea obiectelor □i fenomenelor pe baza însu□irilor comune □i a celor particulare
    d. nici una din cele de mai sus
2. Mentismul este:
    a. o tulburare a ritmului gândirii
    b. o tulburare cantitativ□a memoriei
    c. o tulburare calitativ□a memoriei
    d. desf□urarea incoercibil□a ideilor la care subiectul asist□pasiv
3. Diminuarea ritmului gândirii se nume□te:
    a. Bradipsihia
    b. Bradilalie
    c. Mentism
    d. Logoree
4. Ideile obsesive sunt
    a. idei care asediaz□□i invadeaz□gândirea
    b. recunoscute □i resim□ite ca str□ine
    c. asociate cu tr□iri anxioase, penibile
    d. înso□ite de un efort voluntar permanent pentru a le îndep□rta
5. Verific□rile repetate ale unor acte sau a con□inutului ideativ sunt:
    a. Idei obsesive
    b. datorate hipercon□tientiz□rii posibilit□ii de a gre□i
    c. comportamente delirante
    d. hipermnezii

6. Aritmomania este:
    a. tendin□a de a num□ra obiectele sau fiin□ele
    b. nevoia imperioasa de a-□i aminti nume
    c. este capacitatea normal□de a calcula
    d. este o obsesie
7. Compulsiunile sunt:
    a. inten□iile de act obsesive
    b. preocup□ri intense de a executa ac□iuni ridicole, lipsite de sens
    c. înso□ite de o tensiune psihic□insuportabil□
    d. apar în surmenaj, nevrozele obsesive □i fobice
8. Ideile delirante:
    a. sunt judec□i□eronate ale realit□ii obiective
    b. domin□con□tiin□a subiectului
    c. sunt exprimate prin comportament
    d. sunt impenetrabile la contraargumente
9. Dintre ideile macromanice fac parte
    a. ideile de grandoare,
    b. ideile de inven□ie
    c. ideile de nega□ie
    d. ideile de incurabilitate
10. Ideile delirante de filia□ie sunt:
    a. Idei macromanice
    b. Idei de incurabilitate
    c. Idei micromanice
    d. Idei paranoide
11. Ideile micromanice includ:
    a. idei de autodevalorizare
    b. idei de autoculpabilizare
    c. idei autolitice
    d. idei erotomanice sau mistice
12. Ideile paranoide pot fi reprezentate de
    a. Idei de persecu□ie
    b. idei de rela□ie

c. idei de transformare i posesiune
d. idei de negaie

13. Disimulaia
    a. const în mascarea unor simptome psihice sau fizice
    b. const în perseverarea afirii unor simptome dup ce subiectul s-a refcut
    c. are ca scop evitarea unei intervenii terapeutice
    d. reprezint mimarea unor suferine somatice

CAPITOLUL VIII
LIMBAJUL ŞI TULBURĂRILE LUI

LIMBAJUL reprezintă activitatea de comunicare specifică umană prin intermediul căreia se exprimă şi se manifestă gândirea noţională. Are o funcţie dublă cognitivă şi comunicativă, prin care transmite informaţii şi stimulează acţiuni. I se descriu trei forme: **limbajul oral** - care îmbracă forma monologului sau dialogului, **limbajul intern** care realizează fuziunea cu gândirea şi apare în timpul desfăşurării proceselor intelectuale şi **limbajul scris** Limbajul oral are un caracter adresativ, unul conjunctural, o tema de expus şi uneori nuanţe înţelese de interlocutor. Tulburările limbajului oral se clasifică în dislogi, afazii şi dislali.

DISLOGIILE includ tulburările activităţii verbale – prin creşterea sau diminuarea intensităţii, înălţimii şi timbrului vocii, patetism, preţiozitate şi manierism. Accelerarea ritmului verbal fără suport tematic se numeşte **bavardaj** şi se întâlneşte la personalităţi cu un comportament extravertit -femei cu trăsături isterice şi în stările anxioase de diverse etiologii; **logoreea** reprezintă creşterea volumului şi accelerarea activităţii verbale frecvent asociată cu fuga de idei, aparând în stările hipomaniacale şi maniacale. Diminuarea ritmului verbal sau **bradifemia** apare în stările de inhibiţie psihogenă, la persoane timide sau pe un fond afectiv depresiv, anxios.

Mutismul de natură psihică reprezintă absenţa comunicării verbale care nu este însoţită de abolirea motricităţii. Se descriu mai multe tipuri: **mutism absolut** - în boli neurologice şi schizofrenia catatonică, **mutism relativ** când se comunică prin pantomimă sau în scris în tulburarile

isterice și manie, **mutism de joacă, mutism selectiv** - legat doar de anumite persoane din anturaj sau de trăiri afective intense, **mutism discontinuu** - în stările confuzive sau delirante, și trebuie diferențiate de: **mutitate sau afemia** = abolirea limbajului cu substrat neurologic.

În schizofrenii poate apărea întreruperea brusca acontextuala a vorbirii numită și **blocaj verbal,** repetarea acelorași cuvinte sau propoziții - **stereotipiile verbale,** repetarea ultimelor cuvinte din fraza **– palilalia,** repetarea întocmai a cuvintelor auzite – **ecolalia,** cuvinte folosite cu alt sens decât cel cunoscut – **paralogismele** și respectiv cuvinte inventate pentru exprimarea unui mesaj specific – **neologismele.**

DISFAZIILE SAU AFAZIILE sunt tulburări ale înțelegerii și expresiei limbajului întâlnite cu precădere în leziuni neurologice -hemoragii, abcese, tumori, traumatisme și ramolismente cerebrale, pentru diagnosticarea cărora este obligatorie eliminarea prezenței oligofreniilor, a deteriorărilor de tip demențial și a stărilor psihotice. Sunt descrise 3 tipuri: afazii motorii reprezentând abolirea posibilității de executare a comenzilor cu păstrarea capacității de înțelegere a cuvintelor și de exprimare în scris - însoțite de mimică și o pantomimă exprimând nelinițe și revoltă, afazii senzoriale cu abolirea posibilității de înțelegere a limbajului vorbit și scris și de exprimare inteligibilă deși cuvintele pot fi corect articulate și afazii mixte.

DISLALIILE reprezintă dificultatea sau imposibilitatea exprimării anumitor sunete, silabe sau cuvinte într-un anumit context, pronunțarea lor separată fiind posibilă. Se descriu: dislalia pentru R **rotacism**, pentru sunetele înalte J, S, Z **sigmatism**, **rinolalia** sau vorbirea pe

nas și **balbismul** sau bâlbâiala. Există trei forme clinice de balbism: **clonic** - atunci când se repetă sacadat o silabă sau un cuvânt la începutul pronunției unui cuvânt sau unei fraze, **tonic** = când pronunțarea cuvântului sau frazei începe printr-o perioadă de rezistență tensionată și este apoi continuată brusc, tumultuos și **mixt**.

TULBURĂRILE LIMBAJULUI SCRIS însoțesc adeseori tulburările limbajului oral, includ: **tulburări ale activității grafice:** hiperactivitatea grafică **GRAFOREEA** care ignoră grija pentru stil și poate fi adesea lipsită de coerență - în stări de intoxicație ușoară, hipomanie, manie**,** **GRAFOMANIA** – în care sunt respectate rigorile stilistice și coerența exprimării – în psihozele cronice delirante cu deliruri interpretative sau pasionale sistematizate, **STEREOTIPIILE GRAFICE** - repetarea unor conjuncții, prepoziții, cuvinte sau fraze și **INCOERENȚA GRAFICĂ** - din schizofrenii și stări confuzive; **tulburările morfologiei grafice** modificări ale formei și dimensiunilor literelor și cuvintelor în funcție de starea afectivă – de exemplu: scrisul seismic, suprapus, în oglindă, în ghirland, grifonajul - cu aspectul unei mâzgăluri; **tulburările semanticii** grafice **PARAGRAMAFISMELE** - substituții, omisiuni sau inversiuni de litere sau cuvinte și **NEOGRAFISMELE** - corespunzătoare neologismelor.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Mutismul relativ este
   a. tulburare a limbajului ap□rut□ la na□tere
   b. refuzul comunic□rii verbale dar se comunic□ prin pantomim□
   c. compensat prin comunicarea în scris
   d. frecvent în tulburarile isterice
2. Afazia motorie const□în
   a. abolirea posibilit□ii de executare a comenzilor
   b. p□strarea capacit□ii de în□elegere a cuvintelor
   c. p□strarea capacit□ii de scris
   d. abolirea posibilit□ii de în□elegere a cuvintelor
3. Balbismul clonic este
   a. o dislalie
   b. repetarea sacadat□ a unei silabe la începutul pronun□ri unui cuvânt
   c. reprezint□dificultatea exprim□rii sunetului R
   d. pronun□area cuvântului sau frazei începe printr-o perioad□de rezisten□□tensionat□
4. Logoreea reprezint□:
   a. diminuarea ritmului verbal
   b. cre□terea volumului □i accelerarea activit□ii verbale
   c. este frecvent asociat□cu fuga de idei
   d. apare în st□rile hipomaniacale □i maniacale

CAPITOLUL IX
AFECTIVITATEA ŞI TULBURĂRILE EI

AFECTIVITATEA reprezintă funcţia psihică care exprimă subiectivitatea omului, o formă de manifestare diferenţiată a atitudinii persoanei umane faţă de evenimente existenţiale aparţinând prezentului, trecutului sau viitorului şi în general faţă de componentele realităţii înconjurătoare. Este considerată o componentă majoră a capacităţilor adaptative individuale şi a celor de comunicare interpersonală. Ea înglobează stările afective elementare, emoţiile, dispoziţia şi sentimentele.

STAREA DE AFECT se caracterizează printr-o puternică încărcătură emoţională cu debut brusc şi desfăşurare furtunoasă fiind însoţită de modificări mimico-pantomi-mice şi neurovegetative şi îngustarea câmpului conştiinţei. De exemplu: stările de furie.

EMOŢIILE sunt stări afective particulare şi specifice care exprimă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect şi componentele realităţii înconjurătoare. Se însoţesc de elemente patomimice şi neurovegetative. Se pot clasifica în **pozitive** - bucuria, plăcerea; sau **negative** - tristeţea, frica; şi respectiv **stenice** - cresc randamentul psihic sau **astenice** - scad capacitatea de efort psihic.

DISPOZIŢIA este starea afectivă generală, de fond, de intensitate şi durată medie care reflectă starea de funcţionalitate a organismului fiind rezultanta tuturor stimulilor extero-, intero- şi proprioceptivi conştientizaţi sau insuficient conştientizaţi. Este determinată şi de gradul de adaptare la ambianţă.

SENTIMENTELE sunt trăirile afective cele mai complexe, consistente şi stabile care au întotdeauna un

subiect bine definit și antrenează activitatea voluntară și procesele cognitive. Pot fi de o extremă diversitate, de la cele direcționate individual - de prietenie, dragoste, până la cele colective al dragostei de țară sau al datoriei, încadrabile în triada formată din sentimentele intelectuale, estetice și etico-morale.

PASIUNILE sunt trăiri afective elaborate, mai intense și mai angajante decât sentimentele, cu un caracter stabil, care determină conduite ofensive, hiperactive cu un generos suport volitiv și sunt legate de structura personalității subiectului. Există pasiuni pozitive care asigură progresul individual sau colectiv și
pasiuni negative degradante și cu consecințe antisociale.

În ansamblu viața afectivă este apreciată în funcție de însușirile sale dominante – sensul - pozitiv sau negativ al stărilor afective, intensitatea și stabilitatea acestora.

TULBURĂRILE AFECTIVITĂȚII sunt cantitative și calitative. Tulburările cantitative sunt reprezentate de:

HIPERTIMIA POZITIVĂ - euforia - stare de exagerare pozitivă a dispoziției, de veselie, satisfacție și optimism, însoțită de tahipsihie, logoree, idei macromanice, dezinhibiție instinctuală și polipragmazie. Se întâlnește în intoxicațiile ușoare, în manie și hipomanie, în psihosindroamele organice pe fond vascular, hipertensiv și traumatic, în oligofrenii și demențe.

Moria reprezintă o stare de euforie atipică, puțin expansivă și necontagioasă, cu familiarități puerile, calambururi, caracteristică în leziunile și tumorile lobului frontal.

Extazul este o stare de beatitudine, de reverie fericită, puțin contagioasă, apărând în intoxicațiile cu substanțe

psihodisleptice, psihozele cronice delirante, isterie și epilepsie.

HIPERTIMIA NEGATIVĂ - depresia stare de exagerare negativă a dispoziției, de tristețe, nemulțumire și pesimism însoțite de idei micromanice de diverse intensități culminând cu cele de autoculpabilizare și autosuprimare, bradilalie, modificări mimice și pantomimice congruente cu starea afectiva, inactivism - ca repere dominante ale sindromului depresiv.

Forma extremă a hipertimiei negative este **anestezia psihică dureroasă** reprezentând pierderea capacității de rezonanță afectivă, de a se bucura sau întrista, însoțită de durerea morală a subiectului care suferă pentru că nu mai poate suferi, apare în depresiile psihotice și fazele de debut sau remisionale ale schizofreniilor.

O complicație majoră a hipertimiei negative este **raptusul melancolic** act impulsiv aparent spontan de tip auto sau heteroagresiv potențat de asocierea anxietății.

Depresia se întâlnește ca reacție la evenimente negative ale vieții, în stările reactive, în decompensările unor categorii de personalități dizarmonice de tip afectiv, anxios, obsesiv -compulsiv, narcisic sau isteric, în psihozele afective uni și bipolare, în schizofrenia afectivă și tulburările schizoafective, în patologia involutivă.

Anxietatea reprezintă teama difuză, fără obiect, proiectată în viitor și însoțită de neliniște psihică și motorie și tulburări neurovegetative. În funcție de intensitate poate avea un rol adaptativ și mobilizator sau unul inhibitor și dezorganizant al psihismului și conduitei. Se întâlnește în nevroze, decompensările unor personalități dizarmonice, în depresii, în debutul psihozelor, în toxicomanii, în tulburările

psihopatologice din boli endocrine, infecțioase și din perioada puerperală.

Atunci când este însoțită de simptome somatice, senzația penibilă de disfuncție a unui organ, aparat sau sistem poartă numele de **angoasă**.

Labilitatea afectivă reprezintă alternanța dispoziției de la euforie la depresie, apărând în hipomanie și manie, la personalități dizarmonice de tip borderline, isteric, afectiv ciclotim, în oligofrenii, demențe.

Incontinența afectivă reprezintă forma extremă a acesteia caracterizată prin trecerea bruscă, incoercibilă de la o stare afectivă la alta opusă ei, fiind caractristică tulburărilor psihopatologice din ateroscleroză cerebrală, demențe și isterie.

Disforia este o tulburare mixtă de afectivitate care asociază tristețea, anxietatea și starea de disconfort somatic cu nelinștea psihomotorie, logoreea și manifestări coleroase, apare în în toxicomanii - cu precădere în perioadele de sevraj, în alcoolismul cronic, în psihosindroamele organice posttraumatice și postencefalitice, în perioadele intercritice din epilepsie.

HIPOTIMIA reprezintă scăderea de intensitate variabilă a intensității trărilor afective și a elanului vital până la indiferență și apatie, se întâlnește în oligofrenii, psihosindroamele organice deteriorative de diverse etiologii și în stările confuzive.

ATIMIA este forma extremă de indiferentism cu abolirea capacității de rezonanță afectivă și scăderea severă a tonusului afectiv însoțită de inexpresivitate mimico-pantomimică, este descrisă în idiotie, demențe, stări catatonice, stări confuzionale grave și în cele de defect

schizofren i ilustreaz întotdeauna o suferin somatic sau psihic grav.

TULBUR RILE CALITATIVE numite i **PARATIMII** sunt reac ii afective aberante, imprevizibile sau paradoxale fa de motiva ia dominant a subiectului sau fa de situa ia dat fiind reprezentate de **ambivalen a afectiv i inversiunea afectiv .**

Ambivalen a afectiv reprezint coexisten a simultan a dou st ri afective opuse calitativ – dragoste – ur – în acela i timp i asupra aceluia i obiect sau fenomen. Apare în schizofrenii.

Inversiunea afectiv reprezint înlocuirea sentimentelor existente cu tr iri afective opuse, frecvent negative, înso it de manifest ri de ostilitate fa de persoanele pe care înainte de îmboln vire le-a iubit sau apreciat. Apare în schizofrenii, parafrenii i în paranoia conjugal .

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Dispozi□ia este:
   a. înso□it□ de modific□ri mimico-pantomi-mice □i neurovegetative
   b. caracterizat□ printr-o puternic□ înc□rc□tur□ emo□ional□ cu debut brusc □i desf□□urare furtunoas□
   c. starea afectiv□ general□ de fond, de intensitate □i durat□ medie care reflect□ starea de func□ionalitate a organismului
   d. înso□it□ de îngustarea câmpului con□tiin□ei.
2. Hipertimia pozitiv□
   a. este stare de exagerare pozitiv□ a dispozi□iei, de veselie, satisfac□ie □i optimism
   b. este înso□it□ de tahipsihie, logoree, idei macromanice, dezinhibi□ie instinctual□ □i polipragmazie
   c. se întâlne□te în intoxica□iile u□oare, în manie □i hipomanie, în psihosindroamele organice, în oligofrenii □i demen□e
   d. este stare de exagerare negativ□ a dispozi□iei, de triste□e, nemul□umire □i pesimism
3. Hipotimia
   a. este stare de exagerare negativ□ a dispozi□iei, de triste□e, nemul□umire □i pesimism
   b. reprezint□ sc□derea de intensitate a tr□irilor afective □i a elanului vital pân□ la indiferen□□ □i apatie

c. se întâlnește în oligofrenii și psihosindroamele organice deteriorative
d. lipsa totală a capacității de rezonanță afectivă

4. Paratimia este
   a. este stare de exagerare negativă a dispoziției, de tristețe, nemulțumire și pesimism
   b. este însoțită de tahipsihie, logoree, idei macromanice, dezinhibiție instinctuală și polipragmazie
   c. reacții afective aberante, imprevizibile sau paradoxale
   d. reprezentate de ambivalență afectivă și inversiunea afectivă

5. Ambivalența afectivă
   a. reprezintă coexistența simultană a două stări afective opuse calitativ – dragoste – ură – în același timp și asupra aceluiași obiect sau fenomen.
   b. reprezintă înlocuirea sentimentelor existente cu trăiri afective opuse
   c. reprezintă un simptom frecvent în schizofrenii
   d. este echivalentă cu inversiunea afectivă

CAPITOLUL X
VOINȚA, ACTIVITATEA MOTORIE ȘI TULBURĂRILE LOR

VOINȚA este funcția psihică prin intermediul căreia se realizează în mod conștient trecerea de la o idee sau raționament la declanșarea sau inhibiția unei activități, în vederea realizării unui scop anume. Suportul dinamico – energetic necesar depășirii obstacolelor este oferit de afectivitate iar informațiile necesare formulării scopurilor personale sunt oferite de către funcțiile de cunoaștere.

MOTIVAȚIA reprezintă totalitatea cauzelor mintale sau mobilurilor interne ale conduitei care pot fi înnăscute sau dobândite, de natură biologică, materială și spirituală, incluzând deci atât trebuințele fiziologice cât și idealurile abstracte ale persoanei umane. Lupta motivelor generează scopul dominant care este întotdeauna conștientizat, modelat socio-cultural și marchează debutul efortului volitiv.

Efortul volitiv are o amplitudine variabilă în funcție de particularitățile obstacolului care trebuie depășit și are două componente: voința activă și voința pasivă. **VOINȚA ACTIVĂ**, mobilizatoare sau de suport stă la baza perseverenței și asigură depășirea obstacolului, iar **VOINȚA PASIVĂ** sau inhibitorie care permite controlul tendințelor impulsive sau a realizării unor acțiuni nedorite și este responsabilă de conduita amânării. Ea intervine cu precădere în dirijarea conduitei persoanelor mature, armonios structurate și conștiente de responsabilitățile ce le revin în diversitatea rolurilor vieții.

Tulburările cantitative ale voinței se numesc **DISBULII** și sunt reprezentate de **hiperbulie, hipobulie** și **abulie.**

HIPERBULIA reprezint exagerarea global a for ei volitive, este considerat fiziologic la anumite tipuri de personalit i dominate de tenacitate i fermitate sau în condi iile existen ei unei motiva ii puternice legate de scopuri existen iale deosebite, iar în patologia psihic este rar întâlnit pentru c suportul motiva ional este mereu dezorganizat; se descriu forme cu caracter particular în paranoia, toxicomanii - aferent procur rii toxicului dar pe un fond hipobulic general i în tulbur rile obsesivo - fobice – corespunz tor compulsiunilor.

HIPOBULIA reprezint sc derea pân la dispari ie a for ei volitive i a capacit ii de ac iune i trebuie apreciat în func ie de starea de oboseal a subiectului i de aspectul comun, repetitiv sau dimpotriv nou i inedit al activit ii. Este descris la personalit ile dizarmonice, nevroze, depresii, oligofrenii i demen e.

ABULIA const în abolirea total a capacit ilor de efort volitiv, apare în psihozele depresive, în schizofrenia catatonic , în st rile comatoase, în oligofreniile severe i în stadiul final al demen elor.

ACTIVITATEA VOLUNTAR se desf oar sub controlul voin ei i al con tiin ei, fiind condi ionat de caracteristicile temperamental-caracteriale i de experien a de via a subiectului. Ea include manifest rile normale i patologice ale privirii, mimicii, inutei i conduitei motorii.

Privirea red în mod spontan con inuturile ideo-afective ale psihismului. **Mimica** cuprinde ansamblul modalit ilor de expresie facial i este condi ionat de nivelul intelectual, de factorii educa ionali, culturali i etnici. **inuta** corespunde aspectului exterior al persoanei privitor la vestimenta ie i atitudinea în raporturile interpersonale fiind

evaluat întotdeauna în funcie de vârst, sexul biologic, nivelul educaional, cel cultural i rolul socio-profesional.

Conduita motorie cuprinde o serie de acte care vizeaz împlinirea unui anumit scop cu maximum de randament fiind dependent de starea afectiv i caracteristicile strii de contiin. Tulburrile ei includ hiperkineziile, hipokineziile, akineziile i parakineziile.

HIPERKINEZIILE SAU STRILE DE AGITAIE PSIHOMOTORIE. Se întâlnesc în: episoadele maniacale sau depresive, schizofrenii, reacii psihopatologice de diverse intensiti, epilepsie, oligofrenii, demene, personalitile dizarmonice, strile confuzive de etiologie divers între care afeciuni organice cerebrale de natur tumoral, traumatic, toxic sau infecioas sau sindroamele de impregnaie neuroleptic.

HIPOKINEZIILE SAU STRILE DE INHIBIIE PSIHOMOTORIE sunt însoite întotdeauna de diminuarea mimicii i a ritmului vorbirii i se întâlnesc în depresiile inhibate, psihosindroamele organice deteriorative, boala Parkinson, epilepsie i în sindroamele de impregnaie neuroleptic.

AKINEZIILE sunt stri de inhibiie motorie extrem reprezentate prin **barajul motor** - întreruperea brusc i imprevizibil a activitii verbale i motorii, **strile stuporoase** - inerie motorie aproape total, **catalepsia** inerie motorie complet însoit de o uoar hipertonie muscular care permite pstrarea îndelungat a unor poziii imprimate la a cror schimbare apare o rezistent asemntoare celei aferente modelrii unor piese de cear, se întâlnete în strile de sugestie hipnotic, isterie i în schizofrenia catatonic.

PARAKINEZIILE reprezint pervertirea sensului natural i logic al actelor motorii care sunt în disonan cu suportul ideo - afectiv i devin artificiale, bizare i acontextuale, includ**: manierismul, bizareriile, ticurile i stereotipiile**

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Tulbur□rile cantitative ale voin□ei sunt:
    a. Hipoprosexia □i hiperprosexia
    b. Hipobulia, hiperbulia □i abulia
    c. Hipokinezia, akinezia □i hiperkinezia
    d. Disbulii
2. Sc□derea for□ei volitive
    a. Duce la sc□derea capacit□ii de ac□iune
    b. Depinde de starea de oboseal□a subiectului
    c. Depinde de caracterul repetitiv al activit□ii
    d. Este descris□la personalit□ile dizarmonice, nevroze, depresii, oligofrenii □i demen□e
3. Voin□a pasiv□sau inhibitorie
    a. permite controlul tendin□elor impulsive sau a realiz□rii unor ac□iuni nedorite
    b. este responsabil□de conduita amân□rii
    c. este specific□conduitei persoanelor mature, armonios structurate
    d. este mobilizatoare, st□la baza ac□iunii
4. Voin□a
    a. este func□ia psihic□prin intermediul c□reia se realizeaz□un scop anume
    b. depinde de afectivitate □i func□iile de cunoa□tere
    c. realizeaz□trecerea de la o idee sau ra□ionament la declan□area sau inhibi□ia unei activit□i
    d. poate fi activ□ □i pasiv□
5. Motiva□iile pot fi
    a. reprezentate de trebuin□ele fiziologice sau de idealurile abstracte

b. modelate de condi□ile socio-culturale
c. înn□scute sau dobândite
d. pot fi de natur□biologic□, material□□i spiritual□

6. Barajul motor reprezint□:
   a. O stare de agita□ie psihomotorie
   b. întreruperea brusc□□i imprevizibil□a activit□ii verbale □i motorii
   c. o tulburare a afectivit□ii
   d. executarea repetat□a unor mi□c□ri
7. Catalepsia:
   a. Reprezint□o iner□ie motorie complet□
   b. E înso□it□de p□strarea îndelungat□a unor pozi□ii
   c. se întâlne□te în st□rile de sugestie hipnotic□
   d. e patognomonic□în schizofrenia catatonic□
8. Tulbur□rile activit□ii motorii includ:
   a. Hipokineziile
   b. Hipertimia
   c. Coma
   d. Catalepsia

CAPITOLUL XI
SEMIOLOGIA VIE□II INSTINCTUALE

INSTINCTELE însu□iri mo□tenite ereditar care corespund nevoilor biologice ale individului □i asigur□ p□strarea integrit□□ii sale morfologice □i func□ionale, fiind îns□ supuse controlului voluntar □i normelor sociale. Se clasific□ în instincte necesare men□inerii integrit□□ii individului – alimentar □i de ap□rare – sau a speciei – instinctul de reproducere □i matern.

Exagerarea instinctului alimentar se poate manifesta prin polifagie □i bulimie. **POLIFAGIA** reprezint□ o cre□tere a apetitului de aspectul unei l□comii excesive înso□it□ de ingerarea unor substan□e nealimentare, în care starea de sa□ietate este atins□ tardiv, fiind descris□ la schizofrenii, oligofreniile severe, demen□e □i la personalit□□i dizarmonice. **BULIMIA** se caracterizeaz□ prin cre□terea apetitului în care foamea nu poate fi satisf□cut□ □i se descrie în leziuni organice cerebrale, tumori diencefalice, în episoadele maniacale, hipertiroidism. **POTOMANIA** reprezint□ o cre□tere a cantit□□ii de lichide ingerate, în absen□a unor cauze organice - diabet zaharat sau insipid, fiind întâlnit□ la personalit□□i dizarmonice de tip isteric □i borderline.

Diminuarea instinctului alimentar este cunoscut□ ca **ANOREXIE** mintal□. Aceasta apare la fetele tinere de 15-18 ani, se asociaz□ sc□derea ponderal□, amenoreea □i p□strarea sau chiar exagerarea compensatorie a activismului □i poate constitui o modalitate de debut pentru psihozele schizofrenice. Poate apare ca simptom în cadrul unor tablouri psihopatologice de tip depresiv, isteric, anxios, hipocondriac, fobic □i obsesiv de intensitate nevrotic□ având semnifica□ie

contextual. Spre deosebire de aceasta **SITIOFOBIA** reprezint refuzul alimentar datorat tulburărilor de tip halucinator – delirant.

Tulburările calitative ale instinctului alimentar, sunt reprezentate de **OPSOMANIA -** dorința nestăvilită de a abuza de dulciuri, **PICA -** consumul preferențial de alimente foarte sărate sau iuți și a unor substanțe nealimentare precum săpun, cretă, pasta de dinți, cărbune, **MERICISMUL -** rumegarea alimentelor odată ingerate, **COPROFAGIA**, **AEROFAGIA** și **GEOFAGIA -** ingerarea de excremente, aer sau pământ.

Tulburările instinctului de apărare constau în **EXAGERAREA** acestuia cu nevoia crescută de autoconservare, descrisă la: tulburările hipocondriace și fobice și personalități paranoice, narcisice, isterice, anxioase și dependente, și respectiv **DIMINUAREA** lui cu scăderea sau abolirea capacităților de autoconservare, descris în: depresii, schizofrenie, epilepsie, alcoolism și toxicomanii. Diminuarea instinctului de apărare culmineaz cu ideația și tentativele suicidare. Tentativele parasuicidare sau falsele sinucideri sunt tentative autolitice sau automutilante cu semnificații simbolice care vizează impresionarea anturajului și / sau obținerea unor beneficii apărând la personalități imature, cu trăsături isterice, în tulburările isterice și hipocondriace.

Tulburările instinctului de reproducere sau sexual sunt considerate patologice atunci când reprezintă modalitatea unică sau dominantă de desfășurare a vieții sexuale și perturbă comportamentul, eficiența în roluri și relațiile interpersonale ale subiectului. Anomaliile în alegerea partenerului sunt **MASTURBAREA**, **HOMOSEXUALITATEA** - uranism sau pederastie la sexul

masculin și lesbianism sau safism la sexul feminin, **PEDOFILIA** = atracția sexuală față de copii de același sex sau de sex opus, **GERONTOFILIA** = atracția sexuală față de persoane mult mai în vârstă, **NECROFILIA** = atracție și practici sexuale față de cadavre, **ZOOFILIA** = întreținerea de acte sexuale cu animale sau păsări, **INCESTUL** = întreținerea de raporturi sexuale cu rude de gradul I. Anomaliile în desfășurarea actului sexual sunt **SADISMUL** = obținerea satisfacției sexuale doar prin provocarea de suferințe partenerului, **MASOCHISMUL** = obținerea satisfacției sexuale doar atunci când subiectul este batjocorit, umilit sau chinuit fizic în diverse moduri, **SADO – MASOCHISMUL**, **VOAIEURISMUL** = obținerea satisfacției sexuale prin contemplarea raporturilor sexuale dintre alte persoane, **EXHIBIȚIONISMUL** = cultivarea plăcerii sexuale prin expunerea în public a organelor genitale sau a diverselor zone erogene, **FETIȘISMUL** = căutarea satisfacției sexuale în contactul cu obiecte aparținând unor persoane cunoscute sau necunoscute, **PYGMALIONISMUL** = obținerea satisfacției erotice prin contacte apropiate cu statui. Se întâlnesc la personalități dizarmonice, în nevroze, episoadele maniacale, oligofrenii, demențe, tumori fronto - temporale, toxicomanii.

Exagerarea manifestărilor instinctului sexual **HIPERSEXUALITATEA =** include **SATIRIAZISUL** = la sexul masculin, **NIMFOMANIA** = la sexul feminin; și o formă particulară **DONJUANISMUL** reprezentând o atracție imperioasă față de sexul feminin dar lipsită de substrat afectiv, cu incapacitatea de a stabili raporturi durabile și asocierea fobiei față de căsătorie = **gamofobie.** Scăderea capacităților sexuale **HIPOSEXUALITATEA** include **IMPOTENȚA** - la bărbat poate apare la

personalităţi imature sau dizarmonice, în depresii persistente sau reactive, nevroze, schizofrenii, alcoolism sau secundar unei anumite terapii medicamentoase şi **FRIGIDITATEA** – la femeie care poate fi însoţită de **dispareunie** = durere în timpul sau după desfăşurarea actului sexual şi **vaginism** = spasm involuntar al treimii externe a vaginului; se descrie în reacţii psihopatologice, nevroze, depresii, schizofrenii şi la personalităţi dizarmonice de tip isteric, borderline, anxios şi evitant.

Tulburările instinctului matern reprezentate de **EXAGERAREA** acestuia cu un comportament hiperprotector faţă de copil - la mamele cu trăsături psihotipale de tip anxios sau obsesiv, **DIMINUAREA** instinctului la mamele cu trăsături narcisice, isterice, obsesiv - compulsive sau schizoide sau **PERVERTIREA** instinctului ce poate duce la abandonul copilului sau infanticid - în psihoze puerperale, oligofrenii, schizofrenii, depresii delirante, toxicomanii.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Instinctele sunt
    a. însu□iri mo□tenite ereditar
    b. însu□iri dobândite în cursul vie□ii
    c. reprezentare de instinctul alimentar, de ap□rare, de reproducere □i matern
    d. supuse controlului voluntar □i normelor sociale
2. Anorexia mintal□:
    a. apare la fetele tinere de 15-18 ani
    b. reprezint□ingerarea de substan□e necomestibile
    c. se asociaz□cu amenoreea
    d. reprezint□diminuarea instinctului alimentar
3. Frigiditatea reprezint□
    a. Diminuarea capacit□ilor sexuale la femeie
    b. Exagerarea instinctului sexual
    c. Durere în timpul actului sexual
    d. Un simptom frecvent în nevroze □i depresii
4. Bulimia se caracterizeaz□prin :
    a. cre□terea exagerat□a apetitului
    b. se descrie în leziuni organice cerebrale, în episoadele maniacale, hipertiroidism.
    c. apare asociat□cu senza□ia de sa□ietate
    d. c□utarea satisfac□iei sexuale în contactul cu obiecte
5. Idea□ia suicidar□se caracterizeaz□prin:
    a. nevoia crescut□de autoconservare
    b. frecven□a crescut□în depresii
    c. frecven□a sc□zut□în alcoolism □i toxicomanii
    d. risc mare de tentativ□autolitic□

CAPITOLUL XII

SINDROAMELE PSIHOPATOLOGICE

Sindroamele psihopatologice reprezint un ansamblu de simptome care apar mereu împreun formând o structur coerent i au un substrat neurobiologic comun.

SINDROMUL ANXIOS cuprinde **anxietatea** care devine patologic atunci când nu este determinat de nici un stimul sau motiv evident, când este persistent, incontrolabil voluntar i modific psihismul i activismul persoanei. Anxietatea apare sub dou variante clinice*:* anxietatea generalizat i criza de panic. **Anxietatea generalizat** se manifest prin sentimentul persistent al unui pericol difuz i iminent care vizeaz propria persoan, exprimat prin privirea tem toare i pliurile frun ii ridicate în linie orizontal, nelini te psihomotorie cu deplas ri continue f r scop aparent, o stare de tensiune corporal i hipervigilitate înso it de un comportament investigator al mediului înconjur tor în vederea detect rii cât mai rapide a sursei poten ialului pericol sau a unor persoane de încredere, cu rol protector. Se asociaz mereu insomnii de adormire, mialgii i tulbur ri neurovegetative. Se întâlne te la personalit i de tip anxios, evitant i dependent, în reac iile anxioase, depresive i psihotice, în depresii, debutul psihozelor i demen elor i în sindroamele de sevraj. **Criza de panic** include: în plan subiectiv o stare de team i de încordare dominat de senza ia mor ii iminente prin stop cardiac, respirator sau pr bu ire în gol cu pierderea cuno tin ei, iar în plan obiectiv: tahicardia – 120/minut, tahipnee, hipertensiune arterial, transpira ii profuze reci pe fondul palorii periferice, cefalee, ame eli, algii abdominale i tranzit accelerat digestiv,

hipotonie muscular periferic cu senzaia de “prbuire în gol”, blocaj motor sau fuga într-un spaiu sau anturaj linititor i protector, adesea medical. Crizele de panic apar spontan în condiii de singurtate, seara sau în cursul nopii i dureaz minute sau ore.

SINDROMUL FOBIC include **fobiile -** stri de fric patologic, nemotivat, cu obiect bine definit, teama este intens, persistent, ilogic i invalidant pentru subiect i deci imposibil de controlat voluntar. Contactul real sau anticipat cu obiectul fobiei determin adesea o criz de panic, în scopul evitrii lui subiectul elaborând conduite de aprare. Se clasific în: **fobii spaiale**: claustrofobia = fobia de spaii închise i înguste, agorafobia = fobia de spaii largi, **fobii sociale** - frici patologice în raport cu prezena i manifestarea în public, într-un mediu necunoscut; include: neofobia = teama de nou, ereutofobia = teama de a roi în public, hipengiofobia = teama de responsabilitate, alturi de teama de a vorbi în public, **fobii de animale i de fenomen naturale** apifobia = teama de albine, arahnefobia = teama de pianjeni, cynofobia = teama de câini, galeofobia = teama de pisici, musofobia = teama de oareci, zoofobia = teama de animale, **fobii de boli** nozofobia = teama de boal în general, phtisiofobia = teama de tuberculoz, cancerofobia = teama de cancer, sifilofobia = teama de sifilis, anginofobia = teama de sufocare, lisofobia = teama de nebunie, misofobia = teama de murdrie, tanatofobia = teama de moarte, hematofobia = teama de sânge, o forma special este fobofobia = teama de a nu aprea teama care poate însoi oricare categorie fobic. Apar la personaliti patologice de tip anxios, evitant, dependent, în nevroza fobic, în psihozele depresive, debutul celor schizofrenice i în psihosindroamele organice cerebrale.

SINDROMUL OBSESIV – COMPULSIV include: **ideile obsesive** idei persistente străine sau contrare nevoilor, intereselor și situației subiectului, care invadează câmpul conștiinței, nu pot fi controlate voluntar și modifică comportamentul prin intenții de act obsesive numite **compulsiuni** prin intermediul cărora subiectul pentru a-și diminua starea tensională înlocuiește acțiunea legată de conținutul temei obsesive cu acte deformate, ridicole, stereotipe, cu efect anxiolitic numite **ritualuri. Amintirile obsesive** constau în rememorarea penibilă a unor momente și experiențe jenante existențiale, **reprezentările obsesive** sunt idei parazite care contrazic realitatea și dezvoltă scenarii imaginare cu tematici negative . **Aritmomania și onomatomania** constau în acordarea de semnificații improprii sau funeste cifrelor și numelor repetate, se pot asocia cu verificări obsesive - legate de instalațiile de apă și gaz sau de accesul în locuință. **Ablutomania** se manifestă prin spălarea repetată a mâinilor și a părților mai expuse ale corpului. Se întâlnește: în stările de surmenaj, la personalități anxioase, obsesiv - compulsive, în nevrozele anxioasă, fobică și obsesivă, în debutul schizofreniilor și în depresiile vârstei a treia.

SINDROMUL DEPRESIV are ca și component central **tristețea patologică**, pesimismul, anhedonia = pierderea capacității de a se bucura, idei micromanice de autodevalorizare , autoculpabilizare și de negație care culmineaz cu cele suicidare, dezinteres progresiv, senzația scurgerii lente și monotone a timpului, o neliniște interioară de factură anxioasă, fatigabilitate, astenie, tendința de evitare a celor din jur. În plan obiectiv există: o inhibiție psihică globală intelectuală, instinctuală și atitudinală manifestată prin: hipoprosexie, sensibilitate crescute la durere,

hipomnezie de fixare și evocare precum și scăderea ritmului și fluxului ideator, inapetență, inhibiție sexuală ca libido și act, insomnii constante, coșmaruri și răcirea limbajului În plan somatic: hipersecrețiile lacrimale în formele de intensitate nevrotică mergând până la absența lacrimilor în depresiile delirante inhibate, hiposalivație, dispnee, palpitații, cefalee, dureri epigastrice, meteorism, constipație, algii uro-genitale mialgii Se întâlnește în stări de surmenaj, reacții, în perioadele de decompensare ale unor personalități patologice afectiv, isteric, narcisic, obsesiv-compulsiv, în psihozele afective uni și bipolare, în tulburările psihice cu substrat organic cerebral în boli somatice.

SINDROMUL MANIACAL are ca nucleu **euforia** veselie contagioasă, optimism debordant cu încredere nelimitată în viitor și în forțele proprii, hiperimplicare afectivă în prezent cu perceperea rapidă a scurgerii timpului, cu posibile permutări spontane spre episoade de furie și agresivitate manifestă. Include și: atenție hipervigilă dar hipotenace, hipermnezie de evocare, ritm ideator accelerat, idei megalomanice polimorfe, abundența producțiilor imaginative, logoree, pornolalie, jocuri de cuvinte, onomatopee, sentimentul de energie inepuizabilă, autoîncrederea nelimitată, hipererotism manifest, comportament ludic, nevoia scăzută de somn, rezistență crescută la frig și la efort, scăderea ponderală, hipersalivația și hipersudorația precum și amenoreea sunt caracteristice. Se întâlnește în tulburările unipolare și bipolare, în tulburările schizoafective, sifilisul cerebral, în tulburările psihice din perioada puerperală, în tumori diencefalice și mezencefalice, tulburările organice de personalitate posttraumatice, în unele intoxicații poate însoți boli somatice: hipertiroidie, anemie pernicioasă, porfirie, reumatism sau poate fi indus de unele

medicamente: antidepresive, corticosteroizi, hidrazida, cicloserina.

SINDROMUL CENESTOPAT HIPOCONDRIAC este dominat de: **cenestopatii** descrise cu un limbaj a c□rui bog□ie □i expresivitate depind □i de nivelul educativ - cultural sau de experien□ele biografice patologice, **ideea hipocondriac□ -** convingerea existen□ei unei boli somatice sau psihice grave, incurabile; **anxietatea** între□inut□ de afec□iuni somatice benigne reale sau prin mecanisme iatrogene, **crize migrenoase, ame□eli □i tremur□turi**. Este descris la personalit□i dizarmonice de tip isteric, în isterie, schizofrenii, oligofrenii.

SINDROMUL ISTERIC are o simptomatologie foarte divers□ fiind declan□at□ de factori psiho - sociali pe fondul unor tr□s□turi particulare ale personalit□ii precum: hiperexpresivitate, egocentrism, egofilie, imaturitate afectiv□, demonstrativitate. Tulbur□rile paroxistice sunt reprezentate de crizele isterice. **Marea criz□ isteric□** se caracterizeaz□ prin tulbur□ri de echilibru cu astazo-abazie, îngustarea câmpului con□tiin□ei, contracturi tonico-clonice, agita□ie psihomotorie dezordonat□, tahiaritmie respiratorie alternând cu faze de apnee, limbaj spasmodic, □ipete, crize de râs sau plâns, atitudini pasionale fiind declan□at□ întotdeauna de un eveniment aparent banal dar care pentru subiect dobânde□te o semnifica□ie deosebit□ □i se desf□oar□ în prezen□a unui anturaj spectator, având o durat□ de la câteva minute pân□ la câteva zeci de minute**. Mica criz□ isteric□** este dominat□ de senza□ia de sufocare cu nod în gât, **globus histericus,** înso□it□ de fenomene neurovegetative, contracturi musculare la nivelul fe□ei □i zonei cervicale. **Tulbur□rile func□ionale de durat□** pot fi de tipul **paraliziilor** mai frecvent stângi, **anesteziile** tactile, termice, dureroase sau combinate care nu

respect inervaia anatomic a zonei în „mnu” sau în „ciorap”, **mutismul isteric** -abolirea comunicrii verbale datorit unor spasme sau contracturi funcionale ale musculaturii organelor fonatoare, subiectul apelând în schimb la limbajul scris sau pantomimic, **„cecitatea” i „surditatea” isteric** cu evoluie trectoare condiionat de atitudinea anturajului social. Anxietatea lipsete de obicei, subiectul fiind aparent detaat de starea lui „la belle indiference” dar lsându-se în grija celor din jur le sugereaz dorina de a fi ocrotit i îneles. Se descrie la personalitile de tip isteric, în nevroza isteric, în debutul psihozelor, în epilepsie – intercritic sau în reaciile cu tulburri de contiin.

SINDROMUL DELIRANT HALUCINATOR include **delirul** - tulburare de coninut a gândirii care exprim o fals sau eronat interpretare a realitii obiective de care pacientul este convins i nu poate fi influenat prin argumente, perturbând astfel relaiile pacientului cu lumea din jur prin comportamentul bizar, neobinuit; **dispoziia delirant** - senzaia detaării de experienele anterioare i de schimbare stranie a ambianei imediate care îl împiedic s-i mai coordoneze liber conduita, **interpretarea delirant** - atribuirea nemotivat a unor semnificaii anormale unor percepii reale, obinuite; **intuiia delirant** - idei i reprezentri cu caracter spontan, cu o semnificaie stranie, cu caracter de revelaie; **delirul de influen** - convingerea absolut a persoanei asupra faptului c este dirijat i condus de fore sau fenomene externe. Din perspectiva nivelului de structurare exist **deliruri sistematizate** - în aa fel încât are o logic i o coeren evidente dominând necondiionat existena i conduita subiectului, sau **deliruri nesistematizate** când convingerea delirant este ilogic, fr

suport afectiv, întreținut de halucinații și depersonalizare. **Halucinațiile** pot precede, însoți sau urma fenomenele delirante și determină subiectul să se comporte „ca și cum” corespunzător convingerii că trăirea este obiectivă. Se întâlnește în reacțiile psihotice, în schizofrenii, tulburările afective bipolare, psihozele cronice delirante, în psihozele toxice și infecțioase sau în psihozele din perioada involutivă.

SINDROMUL DISOCIATIV sau **DISCORDANT** include în structura sa standard: **ambivalența -** divizarea în termeni contradictorii a tuturor stărilor psihologice în plan cognitiv, afectiv și interpersonal astfel pot fi concomitente - afirmația și negația, dorința și repulsia, implicarea și abandonul; **dezorganizarea ideo – verbală** cu baraje ideatorii, pierderea legăturilor logice dintre idei, monologuri fără adresă, neologisme; **dezorganizarea afectiv – comportamentală - bizareriile, ambivalența și inversiunea afectivă, decolorare și detașare afectivă, ținuta neglijentă și comportament lipsit de naturalețe, teatral sau exagerat de manierat.Se descrie în mod patognomonic în psihozele schizofrenice.

SINDROMUL DE TRANSPARENȚĂ – INFLUENȚĂ aparține tulburărilor conștiinței autopsihice - referitoare la percepția și orientarea asupra propriei persoane, subiectul se simte dirijat din exterior, de forțe xenopatice – străine, își pierde libertatea de gândire, simțire și acțiune. Se conturează un **triplu automatism**: **ideativ -** idei impuse din exterior de către forțe care țin sub control subiectul, cu conținut neobișnuit, acontextual, ecoul și anticiparea gândurilor și a lecturii, **afectiv** - emoții și sentimente negative, anxiogene impuse din exterior și **motor** prin enunțul unor gesturi și mișcări impuse din afară precum și **fenomene xenopatice senzitiv - senzoriale** - halucinații

intrapsihice vizuale, tactile, gustative, intero i proprioceptive conform c rora subiectul asist neputincios la schimbarea gustului alimentelor, la provocarea unor algii sau la modificarea formei propriului corp. În func ie de nivelul intelectual - educa ional i de contextul socio - cultural subiectul încearc s -i explice fenomenele tr ite prin ac iunea undelor radio sau laser, a telepatiei i telekineziei sau le atribuie unor for e oculte sau supranaturale. Se întâlnesc în schizofrenie i parafrenie precum i în psihozele alcoolice, epilepsie i în perioada involutiv .

SINDROMUL APATO-ABULIC include **depersonalizarea** cu senza ia de nesiguran referitoare la propria persoan , de vid interior, de apatie, de inautenticitate a gândurilor i amintirilor, de devalorizare personal i senza ii legate de transformarea corporal stranie, ireal , cu ignorarea igienei personale, care favorizeaz îndep rtarea de lumea real i perceperea deformat a acesteia - în cadrul **sindromului de derealizare,** deficit cognitiv dominant prosexic i corespunz tor în elegerii mesajelor i situa iilor, deficit afectiv cu senza ie de vid interior, indiferentism, rigiditate emo ional , deficit motiva ional i ac ional cu apatie, astenie, deficit de rela ionare i adaptare social cu tendin e la izolare. Se întâlne te cu preponderen în schizofrenie, oligofrenie, demen e, tumori frontale, epilepsie, febr tifoid , hipotiroidism, boala Adison, psihozele involutive.

SINDROMUL CATATONIC este un ansamblu de tulbur ri psihomotorii cu etiologie variat care afecteaz cu prec dere motricitatea voluntar i include: **catalepsia sau flexibilitatea ceroas** - iner ie motorie cu hipertonie u oar care permite p strarea atitudinilor impuse, **sugestibilitatea** proprietatea de a r spunde la sugestie care devine patologic

atunci când se produc cu maximă receptivitate răspunsuri la comenzi exterioare sau se imită necondiționat limbajul sau atitudinile mimico - gestuale ale persoanelor din jur = ecolalie, ecomimie, ecopraxie, **stereotipiile de poziție și mișcare, tulburări neurovegetative** și **negativismul** tendința de a opune rezistență pasivă sau activă la satisfacerea propriilor nevoi fiziologice și la diverși stimuli externi cu diverse forme **negativism verbal**, **alimentar**, **motor** sau **negativism intern** al relaxării sfincterelor. Se întâlnește la personalități dizarmonice de tip schizoid, schizotipal, borderline, isteric, dependent, în isterie, în schizofreniile hebefrenică și catatonică, în paranoia, în depresiile delirante stuporoase, oligofrenii, demențe și în impregnarea cu neuroleptice.

SINDROMUL DEMENȚIAL are un tablou clinic comun pentru diversele tipuri de demențe și include trei faze evolutive: de debut, de stare și terminală. În perioada de debut constatăm atenție voluntară hipotenace, hipomnezii și amnezii de fixare urmate de hipomnezii de evocare progresive, ritm ideator încetinit, judecăți și raționamente progresiv îngreunate, cu erori în evaluarea evenimentelor reale, limbaj cu perseverații, digresiuni și dificultăți intermitente în utilizarea structurilor semantice și sintactice, monotonie imaginativă și sărăcirea lumii valorilor personale, labilitate afectivă cu impulsivitate manifestă intermitent, cu indiferentism progresiv, hipobulie, scăderea suportului motivațional și a tonusului psihic, accentuarea progresivă a trăsăturilor caracteriale premorbide cu apariția intermitentă a unor manifestări de tip egocentric, a interpretativității, ostilității și agresivității precum și a unei rigidități și meticulozități excesive sau a unor conduite imorale, simptome neurologice și somatice de natură vasculară,

decalaj progresiv evident între vârsta biologic și cea cronologic. În perioada de stare se remarcă o deteriorare severă și globală a funcțiilor de cunoaștere cu sărăcie și incoerență ideo – verbală, dezorientare temporo-spațială persistentă pe fondul unei apatii întrerupte doar de reacții spontane declanșate conjunctural, neglijarea aproape totală a alimentației, vestimentației și igienei personale, ignorarea normelor sociale și comportament imprevizibil, iresponsabil care pune în pericol subiectul și uneori anturajul, iar în faza terminală abolirea aproape totală a funcțiilor psihice mergând până la apsihism, abolirea activității motorii inclusiv a stereotipiilor și inerție completă a vieții instinctuale și incontinența sfincteriană care completează dramatismul tabloului clinic.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Apar în sindromul cenestopat (hipocondriac):
    a. Euforie
    b. "Fuga" spre boal□
    c. Idei recurente referitoare la boal□
    d. Dezinhibi□ie comportamental□
2. În sindromul maniacal apar:
    a. Anxietatea
    b. Vâscozitatea gândirii
    c. Logoreea
    d. Agita□ia psihomotorie
3. Apar în sindromul isteric:
    a. Cecitate tranzitorie
    b. Anxietate de durat□
    c. Paralizii func□ionale
    d. St□ri crepusculare
4. Apar în sindromul disociativ:
    a. Ambivalen□a
    b. Halucina□iile intrapsihice
    c. Anticiparea gândurilor
    d. Inversiunea afectiv□
5. Anxietatea devine patologic□atunci când:
    a. este determinat□un stimul sau motiv evident
    b. este persistent□,
    c. este incontrolabil□voluntar
    d. modific□psihismul □i activismul persoanei
6. „Cecitatea" isteric□
    a. are evolu□ie trec□toare
    b. reprezint□pierderea definitiv□a vederii
    c. Se descrie la personalit□ile de tip isteric

d. Nu este întâlnit în nevroza isteric
7. Sindromul catatonic include:
   a. catalepsia sau flexibilitatea ceroas
   b. sugestibilitatea i tulbur ri neurovegetative
   c. stereotipiile de pozi ie i mi care, i
   d. negativismul
8. Ecolalia reprezint
   a. tendin a de a opune rezisten pasiv sau activ la satisfacerea propriilor nevoi fiziologice
   b. imitarea limbajului interlocutorului
   c. imitarea gesturilor
   d. balbismul tonic
9. Negativismul intern reprezint :
   a. Refuzul discursului verbal
   b. proprietatea de a r spunde la sugestie
   c. tendin a de a opune rezisten pasiv sau activ la satisfacerea propriilor nevoi fiziologice
   d. se imit necondi ionat limbajul
10. Sindromul de transparen – influen include:
   a. triplu automatism: ideativ, afectiv i motor
   b. fenomene xenopatice senzitiv - senzoriale
   c. subiectul se simte dirijat din exterior, de for e xenopatice
   d. halucina ii intrapsihice vizuale, tactile, gustative, intero i proprioceptive
11. Sindromul de transparen influen include
   a. pierderea libertat ii de gândire i sim ire
   b. idei impuse din exterior de c tre for e care in sub control subiectul
   c. ecoul i anticiparea gândurilor
   d. dar nu i mi c ri impuse din afar

CAPITOLUL XIII
REAC□IILE PSIHOPATOLOGICE □I NEVROZE

REAC□IILE PSIHOPATOLOGICE sunt tablouri psihopatologice reversibile care sunt în leg□tur□ direct□ cu tr□irea unui eveniment psihotraumatic de diferite intensit□i □i pot fi favorizate de perioade de vulnerabilitate individual□ crescut□. Modalit□ile lor de manifestare □i con□inutul lor sunt comprehensibile iar durata lor este de ore sau zile.

Mai frecvente sunt **reac□iile de tip afectiv**: depresive sau anxioase; **reac□iile de tip delirant** paranoid – halucinator precum: delirul de gra□iere, paranoidul de izolare prin necunoa□terea limbii, etc. O form□ aparte este **delirul indus** prin care ideile delirante sunt induse de c□tre o persoan□ cu caracter dominant cu care pacientul este într-o leg□tur□ foarte strâns□ fiind izola□i de alte persoane. **Tentativa suicidar□ reactiv□** este comportamentul autolitic declan□at de un factor psihotraumatizant sau cu efect agravant al evolu□iei la subiec□i cu vulnerabilitate crescut□ conjunctural sau structural. **Parasuicidul** inten□ie sau act suicidar simulat, „mimat" care se desf□oar□ în apropierea sau prezen□a unui anturaj uman □i vizeaz□ impresionarea acestuia, se descrie cu prec□dere la personalit□i cu tr□s□turi dizarmonice de tip dominant isteric, în isterie □i la debilii mintali.

Tratamentul reac□iilor psihopatologice const□ în îndep□rtarea factorului traumatizant □i chimioterapie cu preparate anxiolitice, antidepresive, iar în cazurile complicate de neuroleptice incisive sau sedative.

TULBUR□RILE DE STRES POSTRAUMATIC sunt r□spunsuri întârziate sau prelungite la o situa□ie stresant□ cu caracter catastrofic care poate traumatiza psihic orice persoan□ - accidente majore, lupt□, dezastre naturale

sau cauzate de om, viol, tortură, terorism. Clinic include o stare de obtuzie sau de hebetudine cu îngustarea câmpului conştiinţei, cu blocaj motor sau agitaţie psihomotorie, tulburări neurovegetative, anxietatea generalizată, amintiri şi reprezentări obsesive ale evenimentelor trăite, fobii faţă de situaţiile care ar putea favoriza aceste reactualizări, coşmaruri, astenie, depresie, consum abuziv de alcool sau medicamente.

TULBURĂRILE DE ADAPTARE sunt manifestările apărute datorită unor evenimente existenţiale cum sunt schimbările de statut şi rol social sau profesional pe care subiectul le poate anticipa, iniţia şi accepta.

NEVROZELE reprezintă o categorie de suferinţe psihice declanşate de factori psiho-sociali şi legate comprehensiv de existenţa individuală a persoanei. Clinic simptomatologia debutează insidios, se structurează progresiv ego-distonia şi ego-fobia cu trăiri subiective neplăcute care angajează "nu doar afectiv" ci şi cognitiv şi relaţional subiectul, acesta structurându-şi un comportament dependent, repliat sau lamentativ care îi afectează global randamentul şi îl determină să se raporteze penibil la rolurile sociale şi profesionale. În funcţie de fenomenologia dominantă şi de caracteristicile terenului, nevrozele se clasifică în două categorii: **nediferenţiate** care pot apare la orice tip de personalitate premorbidă – include neurastenia, nevroza predominant depresivă şi nevroza predominant anxioasă şi **diferenţiate** care apar şi evoluează la personalităţi premorbide cu trăsături favorizante – include nevroza predominant fobică, nevroza obsesivă, nevroza isterică şi nevrozele motorii.

NEURASTENIA este centrată pe sindromul astenic : astenie, fatigabilitate, cefalee, disconfort subiectiv; descriş

ca o "boală a civilizației" este mai frecventă la sexul feminin în decadele 3-5 de viață. Evoluția este favorabilă în peste 2/3 din cazuri, în rest simptomatologia putând deveni trenantă.

NEVROZA DEPRESIVĂ este o psihogenie cu etiologie multifactorială care coalizează evenimente de viață negative, psihotraume și o vulnerabilitate bio- și psihotipală care o face mai frecventă la tineri și la sexul feminin. Clinic se manifestă prin sindromul depresiv cu tristețe, anhedonie, lentoare ideativă și motorie, insomnii și coșmaruri – care pot persista săptămâni sau luni de zile și sunt intercalate de intervale de normalitate dar nu îndeplinesc criteriile unei depresii recurente ușoare sau medii; iritabilitate și anxietate întreținută de tulburările neurovegetative și viscerale – oscilații tensionale, termice, ale ritmului cardiac și respirator, paroxisme algice precordiale sau musculare; fatigabilitate rapidă cu scăderea randamentului intelectual și fizic; simptome somatice cu localizare variabilă; manifestările sunt mai accentuate seara când subiectul este epuizat și apelează uneori la alcool sau automedicație în căutarea echilibrului afectiv și a odihnei.

NEVROZA ANXIOASĂ, psihogenie declanșată de intervenția unor factori psihotraumatizanți sau stresanți caracterizată clinic prin anxietate generalizată sau difuză, cu așteptarea tensionată a unui pericol nedefinit, neliniște, dificultăți de relaxare și hipersimpaticotonie, manifestări care se intensifică seara și în condiții de izolare conjuncturală; se asociază uneori fobii; apar conduite de securizare prin căutarea vecinătății și sprijinului unor persoane cunoscute sau de încredere; atacuri de panică, insomnii mixte și fatigabilitate accentuată.

NEVROZA FOBICĂ apare la personalități anankaste sau anxios-evitante, tabloul clinic fiind dominat de fobii -

frici patologice cu obiect bine precizat dar iraţionale şi coplesitoare, care – se subîmpart în trei categorii: fobii spaţiale, fobii sociale şi fobii speciale. Se asociază conduite de asigurare şi de evitare a situaţiilor fobogene şi anxietatea focalizată pe elementul fobogen.

NEVROZA OBSESIV-COMPULSIVĂ este o psihogenie centrată pe elementele sindromului obsesiv, considerată cea mai rară, cea mai bine structurată şi cea mai gravă formă de nevroză care afectează în mod egal cele doua sexe; implică intervenţia unor psihotraume repetate pe un teren favorizant reprezentat de personalităţi de tip anankast sau de tip psihasten. Clinic se caracterizează prin idei, amintiri şi reprezentări obsesive cu tematici tehnico-ştiinţifice, artistice, morale sau religioase, compulsiuni sau intenţii de acte obsesive însoţite de anxietate accentuată; ritualurile pot include unele acţiuni îndreptate împotriva tematicilor obsesive sau pot fi congruente cu obsesiile – ablutomania şi ritualuri de verificare.

NEVROZA ISTERICA sau **DE CONVERSIUNE** este o psihogenie cu tablou clinic polimorf care apare cu preponderenţă la personalităţi cu trăsături particulare – egofilie, imaturitate şi labilitate afectivă, hiperexpresivitate, viaţă imaginativă bogată şi sugestibilitate. Stările tensionale intrapsihice sunt reprimate şi refulate în subconştient de unde sunt convertite în manifestări care “vizează” impresionarea anturajului; sub influenţa unor intense sentimente de autocomptimire subiectul se abandonează complet în seama celor din jur invocând înţelegere, ocrotire şi sprijin. Clinic include toate elementele sindromului isteric cu aspect paroxistic sau persistent alături de tulburări psihice

disociative – amnezii selective sau lacunare, sindromul GANSER, fugi i st ri crepusculare isterice.

TULBUR RILE NEVROTICE MOTORII SAU MIXTE apar cu predilec ie la vârsta copil riei; sunt declan ate i între inute atât de influen e psihosociale negative i au un tablou clinic de o mare diversitate. **Crampele profesionale** apar în profesii care impun apelul la acte motorii stereotipe precum scrisul, dactilografiatul sau cântatul la diverse instrumente i se caracterizeaz prin contracturi intermitente care imobilizeaz în pozi ii for ate degetele mâinii, anxietate difuz i anticipativ, labilitate emotiv , sc derea eficien ei cognitive, tulbur ri neurovegetative constante. **Nevroza ticurilor** este dominat clinic mi c ri bru te, repetitive, f r sens, cu localizare unic sau multipl care reproduc schematic par ial sau total o mi care sau un gest voluntar; nu pot fi controlate volitiv decât pentru o scurt perioad de timp dar sunt con tientizate uneori penibil de subiect; dispar în somn sau la distragerea aten iei. Diagnosticul diferen ial trebuie f cut cu ticurile cu substrat organic, coreea acut i cronic ; boala ticurilor sau sindromul GILLES de la TOURETTE. **Logonevrozele** – balbismele nevrotice sunt psihogenii caracterizate prin tulbur ri ale ritmului i fluen ei vorbirii ca urmare a perturb rii coordon rii musculaturii fonatorii prin mecanism anxios, depresiv sau obsesiv; apar mai frecvent la b ie i, îndeosebi la stângaci, la debutul celei de-a doua copil rii. Diagnosticul diferen ial se face cu întârzierile în dezvoltarea vorbirii i oligofreniile. Evolu ia este cronic de i

aproximativ jumătate din cazuri se pot vindeca în mod spontan. **Enurezisul nevrotic** constă în micțiune completă, involuntară și repetată survenită în somn, în perioada celei de-a doua copilării și având un determinism psihogen; apare mai frecvent la băieți. **Pavorul nocturn** nevrotic este o tulburare de tip crepuscular a conștiinței având aspectul unei crize de panică ce întrerupe somnul în primele trei ore de la instalare, de obicei în faza de somn lent profund; apare la copii și mai rar la adolescenți, este favorizat de psihotraumele cotidiene sau de programul de seară cu lecturi și filme de groază, poate fi însoțit de automatisme precum mersul sau fuga și e urmat de amnezie lacunară. **Automatismul ambulator nocturn** nevrotic sau **somnambulismul** este o tulburare de tip crepuscular a conștiinței cu executarea unor mișcări complexe și coordonate în spațiul imediat sau la distanță; apare în prima parte a nopții și este urmat de amnezie lacunară, factorii psihotraumatizanți fiind decisivi în determinismul fenomenologiei; are o evoluție favorabilă cu vârsta sau sub tratament.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Neurastenia se caracterizeaz□prin :
    a. lipsa de energie
    b. este mai frecvent□la sexul masculin
    c. cefaleea este de tip occipital
    d. insomnie sau hipersomnie
2. Nevrozele motorii includ:
    a. Nevroza ticurilor
    b. Nevroza anxioas□
    c. Crampe profesionale
    d. Neurastenie
3. Sunt reac□ii psihopatologice cu tulbur□ri de con□tiin□:
    a. Reac□ia anxioas□
    b. Stuporul reactiv
    c. Starea crepuscular□isteric□
    d. Reac□ia depresiv□
4. Sunt nevroze nediferen□iate:
    a. Nevroza anxioas□
    b. Nevroza obsesiv-compulsiv□
    c. Nevroza isteric□
    d. Nevrozele motorii
5. Reac□iile psihopatologice sunt
    a. tablouri psihopatologice reversibile
    b. durata lor este de luni sau ani de zile
    c. în leg□tur□ direct□ cu tr□irea unui eveniment psihotraumatic
    d. sunt comprehensibile
6. Reac□iile psihopatologice sunt
    a. favorizate de perioade de vulnerabilitate individual□crescut□

b. de tip afectiv: depresive sau anxioase
c. de tip delirant paranoid – halucinator
d. durata lor este de ore sau zile

7. La o situație stresantă cu caracter catastrofic poate apărea:
   a. reacție acută de stres
   b. tulburare de stres postraumatic
   c. satiriazis
   d. demență
8. Ticurile:
   a. sunt gesturi simple, repetitive
   b. pot fi total controlate cu ajutorul voinței
   c. debutează mai ales la maturitate
   d. sunt mai frecvent întâlnite la persoanele de sex masculin
9. Nevrozele diferențiate:
   a. apar personalități premorbide cu trăsături favorizante
   b. includ nevroza fobică și nevroza obsesivă
   c. nu includ nevroza isterică și nevrozele motorii
   d. pot apărea la orice persoană
10. Nevroza obsesiv-compulsivă:
    a. Este cea mai gravă formă de nevroză
    b. apare la personalități de tip anankast sau psihasten
    c. include idei, amintiri și reprezentări obsesive
    d. include compulsiuni și ritualuri

CAPITOLUL XIV
SCHIZOFRENIA

SCHIZOFRENIILE sunt o categorie de psihoze endogene, de etiologie multifactorial, pentru care sunt definitorii disolu ia progresiv i generalizat a unit ii psihismului i a personalit ii precum i a comunic rii cu lumea real.

Epidemiologic, prevalen a bolii în popula ia general este de 1-1,5%, sunt afectate in mod egal ambele sexe dar debutul este mai precoce la b rba i. Debutul schizofreniilor poate fi psihotic acut sau mai frecvent insidios prin accentuarea tr s turilor personalit ii premorbide de tip schizoid sau schizotipal sau pseudonevrotic de tip neurasteniform, hipocondriac, isteric, obsesivo-fobic sau anxios.

Clinic prezint simptome caracteristice sindroamelor delirant – halucinator i de influen xenopatic sau disociativ, apato - abulic i de depersonalizare. Tulbur rile perceptuale: halucina ii i pseudohalucina ii auditive cu caracter imperativ negativ sunt patognomonice; hipoprosexia spontan i voluntar sunt secundare deta rii i dezinteresului fa de ambian ; delirul primar se structureaz pe fondul p str rii st rii de luciditate a con tiin ei, incoeren a ideativa însoita de cea verbala mergând pân la ambivalenta ideativ, persevera ii i stereotipii ideative i verbale, baraje mintale i idei delirante nesistematizate, ilogice, bizar argumentate, cu tematici variate - de persecu ie, urm rire, mistice, cosmogonice care se poten eaz reciproc cu fenomenele halucinatorii. Limbajul con ine simboluri, neologisme i este ermetic, hiperelaborat, straniu, pierzându-i capacitatea de comunicare deseori

având aspect de monolog - vorbirea cu sine însu□i = solilocvia patognomonica schizofreniilor. Afectiv sunt caracteristice ambivalen□a □i inversiunea afectiv□, iar via□a instinctual□ este global pervertit□ cu episoade bulimice sau anorexice, ignorarea pericolelor, abandonul copilului sau infanticid, cu ignorarea regulilor de igien□ personal□ □i a oric□ror norme sau reglementari comunitare.

Formele clinice ale schizofreniilor sunt: schizofrenia hebefrenic□ sau deorganizat□, schizofrenia catatonic□, schizofrenia paranoid□, schizofrenia simpl□, schizofrenia nediferen□iat□ □i schizofrenia tardiv□.

Diagnosticul diferen□ial se face cu manifest□ri asem□n□toare de natur□ organic□ □i neurologic□ induse de toxice alcool sau droguri; posttraumatice; infec□ioase - pelagra, sifilis, SIDA, encefalita herpetic□; avitaminoze, porfirie, lupusul eritematos diseminat; tumori intracraniene, hidrocefalia cu presiune normal□, epilepsia, coreea Huntington, boala Creutzfeldt-Jakob, personalit□ile patologice de grup A □i tulbur□rile psihotice reactive □i cele tranzitorii cu simptome schizofrenice, psihozele afective uni si bipolare, psihozele isterice, psihozele cronice delirante □i tulbur□rile schizoafective.

Evolu□ia este adeseori episodic□ cu faze de exacerbare si de remisiune alternante, dup□ primul episod morbid remisiunea este durabil□
□i aproape complet□ permi□ând reintegrarea in rolurile socio-profesionale, rec□derile sunt însa aproape o regul□ în urm□torii cinci ani iar simptomele defectuale devin treptat tot mai bine reprezentate, împiedecând reîntoarcerea la nivelul de func□ionare anterior.

Atitudinea terapeutic□ trebuie s□ se adreseze atât fenomenologiei productive cât □i celei defectuale □i s□

favorizeze o cât mai complet și durabil reinserție a subiectului în societate. Chimioterapia apeleaz la medicatia neuroleptic sau antipsihotic : haloperidolum, tioridazidum, clorpromazinum, levomepromazinum, risperidonum, olanzapina, clozapina, quetiapina, aripiprazolul, ziprasidona. Efectele antipsihotice apar în primele dou s pt mâni de tratament, cazurile rezistente impun apelul la tratamentul electroconvulsivant, acesta fiind electiv în tablourile catatonice – când negativismul i agita ia psihomotorie reprezint un pericol vital. Pentru a preveni rec derile tratamentul chimioterapeutic trebuie aplicat timp de un an de zile dup primul episod, doi ani de zile dup cel de - al doilea i apoi f r întrerupere tot restul vie ii. Psihoterapiile i socioterapiile sunt favorizate de dozele mici de neuroleptice i completeaz efectele curei neuroleptice deschizând calea reabilit rii i reinser ei sociale i uneori profesionale a pacien ilor cu schizofrenie.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere,
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Schizofrenia:
   a. debuteaz□cel mai frecvent la vârsta a treia
   b. este determinat□de abuzul de toxice
   c. se remite spontan, cu restitutio ad integrum
   d. este dominat□de disocierea func□iilor psihice
   e. inciden□a ei este mai ridicat□în zone de dezorganizare social□
2. Simptome pozitive ale schizofreniei sunt:
   a. tulbur□ri de percep□ie
   b. tulbur□rile afectivit□□ii
   c. tr□irile delirante
   d. ideile de influen□□
   e. tulbur□rile câmpului con□tiin□ei
3. Tulbur□rile limbajului în schizofrenie (vorbit □i scris):
   a. barajele
   b. musita□ia
   c. afemie
   d. ecolalie
   e. scrisul în ghirland□
4. Tulbur□ri de afectivitate în schizofrenie sunt:
   a. ambivalen□a
   b. inversiunea afectiv□
   c. anxietate
   d. sugestibilitate
   e. mericismul
5. Schizofrenia hebefrenic□:
   a. debuteaz□în adolescen□□
   b. tendin□□la reverie, idei □i preocup□ri abstracte, euforie rece
   c. fenomene productive delirant- halucinatorii

d. are evolu□ie rapid□, grav□
e. r□spuns terapeutic bun

6. Sindromul catatonic include:
   a. catalepsia
   b. flexibilitatea ceroas□
   c. sugestibilitatea
   d. inversiunea afectiv□
   e. tulbur□ri neuro- vegetative
7. Prognosticul schizofreniei depinde de:
   a. vârsta debutului
   b. tr□s□turile personalit□ii premorbide
   c. nivelul intelectual
   d. calitatea re□elei de suport social
   e. toate cele de mai sus
8. Sunt adev□rate afirma□iile:
   a. Schizofrenia catatonic□ r□spunde bine la tratamentul electro-convulsivant
   b. Schizofrenia hebefrenic□ are cel mai rezervat prognostic
   c. Schizofrenia paranoid□ debuteaz□ în general în deceniile III-IV de via□□
   d. Schizofrenia simpl□ (nediferen□iat□) are o evolu□ie favorabil□
9. În psihozele schizofrenice sunt caracteristice:
   a. Inversiunea afectiv□
   b. Derealizarea
   c. O evolu□ie favorabil□ f□r□ chimioterapie
   d. Lipsa con□tiin□ei bolii

CAPITALOL XV
TULBURĂRI AFECTIVE UNIPOLARE ŞI BIPOLARE

TULBURĂRILE AFECTIVE BIPOLARE sunt o categorie de psihoze predominant endogene caracterizate prin tulburarea ciclică a afectivităţii în sensul apariţiei de episoade maniacale şi respectiv depresive la acelaşi subiect, pot avea o intensitate psihotică, se remit clinic aproape complet sau incomplet şi au tendinţă la recurenţă. În cazul **TULBURĂRILOR AFECTIVE UNIPOLARE** alternează fie doar episoade depresive, fie doar episoade maniacale. Durata episoadelor maniacale netratate este de 1-4 luni de zile iar a celor depresive de 6-12 luni.

Epidemiologic se remarcă creşterea progresivă a prevalenţei tulburărilor afective fiind determinată de transformările rapide sociale, economice şi culturale. Prevalenţa în populaţia generală de 0,3-1,5% în cazul celor bipolare afectând în mod egal ambele sexe şi de 1,5-20% în cazul celor unipolare de două ori mai frecvente la sexul feminin după 30 de ani.

Etiologia incriminează datele genetice care confirmă acumularea familială a cazurilor, factori biologici şi factori psiho-sociali

Episodul depresiv include elementele sindromului depresiv care sunt independente de factorii conjuncturali şi sunt reprezentate cu predominenţă prin dispoziţia tristă, anhedonie = incapacitatea de a se bucura şi de a simţi plăcerea, fatigabilitate, hipoprosexie globală, ritm ideativ încetinit, idei micromanice autodevalorizante – cu scăderea încrederii şi stimei de sine, idei cu potenţial autolitic, anxietate, insomnii de trezire foarte caracteristice, cefalee, inapetenţă, pierdere ponderală, constipaţie, amenoree,

sc□derea libidoului, manifest□ri cu o durat□ de minim dou□ s□pt□mâni.

Episodul maniacal include elementele sindromului omonim care se pot instala brusc sau insidios cu succesiunea tumultuoas□ a tr□irilor □i con□inuturilor ideative euforic - megalomanice – cu idei delirante nesistematizate de hipervalorizare personal□ □i halucina□ii congruente, tematic – dezinhibi□ia instinctiv- pulsional□ □i motorie, ineficien□a în rolurile cotidiene, insomnii, sc□dere ponderal□, subfebrilitate, hipersaliva□ie □i o rezisten□□ proverbial□ la frig □i efort, se pot asocia iritabilitatea, suspiciozitatea, episoade disforice.

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza criteriilor clinice ale sindroamelor depresiv □i maniacal alternând la acela□i pacient care prezint□ o vulnerabilitate structural□ sau conjunctural□ la tulbur□ri afective;

Diagnosticul diferen□ial se face cu episoadele depresive □i maniacale recurente – induse de conflicte, frustr□ri, stres intens sau prelungit; sau de factori organici: boala aterosclerotic□ □i hipertensiv□, boli neurologice, endocrine, infec□ioase, boli de sistem □i neoplasme, boli din perioada puerperal□; sau induse de substan□□: alcool, antihipertensive, corticoizi, psihotrope clasice □i depôt..

Evolu□ia psihozelor afective bipolare se caracterizeaz□ prin succesiunea episoadelor depresive □i maniacale într-un raport de 3/1, episoadele maniacale având un început □i un sfârșit mai brusc decât cele depresive. Durata medie a episoadelor este de 6 luni de zile – cele depresive fiind de obicei mai lungi – dar sub tratament se reduce la 2–3 luni; remisiunea clinic□ este de obicei complet□, dar un anumit tip de episod este adesea urmat de unul de scurt□ durat□ de tip opus iar pe m□sura trecerii anilor, intervalele libere dintre episoade diminueaz□ ca durat□; dup□

trecerea a cinci-șase episoade, intervalele libere se stabilizează la 6-9 luni.

Cele mai severe complicații sunt: comportamentul suicidar prezent sub forma a cel puțin unei tentative la un sfert până la jumătate din cazuri și scăderea nivelului calității vieții pacienților corespunzător ratei ridicate a disfuncționalităților vieții familiale și profesionale.

Tratamentul psihozelor afective periodice trebuie să se adreseze atât episodului afectiv cât și bolii propriu-zise, corespunzător evitării recăderilor. Atunci când episoadele depresive sau maniacale sunt de intensitate psihotică este obligatorie spitalizarea. Tratamentul chimioterapic include antidepresivele timostabilizatoarele și eventual neurolepticele în cazul episoadelor depresive; și neurolepticele, sedativele și timostabilizatoarele în cazul episoadelor maniacale. Tratamentul psiho-socioterapeutic este întotdeauna util și are rolul de reintegrare socio-profesională și familială a pacientului.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. În sindromul depresiv se întâlnesc:
    a. hipomnezia de fixare □i de evocare
    b. hiperprosexia selectiv□în raport cu propriul corp
    c. flux ideativ lent
    d. instinct de ap□rare exacerbat
2. Tulbur□rile somatice din sindromul depresiv includ:
    a. hipersaliva□ia
    b. jena epigastric□
    c. amenoreea
    d. hipertensiunea arterial□
3. Sunt caracteristice sindromului maniacal :
    a. euforia
    b. accelerarea psihismului
    c. hipoestezia
    d. fuga de idei
4. Sindromul maniacal:
    a. poate alterna cu cel depresiv în tulbur□rile afective bipolare
    b. poate fi o component□a psihozelor schizo - afective
    c. poate fi indus medicamentos
    d. apare în anemie pernicioas□
5. Sunt adev□rate afirma□iile:
    a. În depresie apare inhibi□ia instinctului alimentar
    b. În depresie apare idea□ie megalomanic□
    c. "Fuga de idei "apare în sindromul maniacal
    d. Maniacalul are exacerbat instinctul sexual
6. Psihozele afective bipolare:
    a. Au etiologie dominant endogen□
    b. Sunt mai frecvente la b□rba□i

c. Apar în medii cu un nivel socio-cultural mai scăzut
d. Asociază o succesiune de episoade depresive și maniacale

7. Psihoza maniaco-depresivă este:
   a. o psihoză afectivă bipolară
   b. o psihoză afectivă unipolară
   c. o psihoză afectivă endogenă
   d. psihoză cronică sistematizată halucinatorie
   e. psihoză indusă

CAPITOLUL XVI
TULBURĂRILE SCHIZOAFECTIVE

TULBURĂRILE SCHIZOAFECTIVE sunt tablouri psihopatologice de intensitate psihotică în cadrul cărora sunt prezente simultan – timp de cel puțin câteva zile – simptome schizofrenice și afective de tip depresiv sau maniacal.

Epidemiologic au o prevalență de 0,5-0,8% și sunt mai frecvente la sexul feminin, formele depresive fiind mai frecvente la vârstnici.

Etiologic sunt considerate o categorie nozologică heterogenă care are certe legături cu schizofreniile și tulburările afective; debutează frecvent la vârste tinere și la persoane cu o implicare corespunzătoare în rolurile socio-profesionale iar în antecedentele familiale sunt descrise tulburări afective.

Clinic episoadele schizoafective asociază simptome depresive, maniacale sau mixte aparținând sindroamelor delirant-halucinator și de transparență-influență, conturându-se ca și forme clinice: tulburările schizoafective de tip **depresiv, maniacal** sau **bipolar.** Pentru confirmarea diagnosticului simptomele schizofrenice trebuie să persiste cel puțin 2 săptămâni după remisiunea celor afective.

Evolutiv remisiunile sunt complete, dar în formele depresive sau bipolare se poate instala după câțiva ani o stare defectuală discordantă dominant de tip social.

Tratamentul este diferențiat în funcție de forma clinică; utilizând antidepresive, neuroleptice; asociate sau nu cu preparate timostabilizatoare.

Metodele psihosocioterapeutice sunt indicate doar în formele care evoluează cu recăderi frecvente și care lasă simptome defectuale persistente.

VERIFICAREA CUNOȘTINȚELOR

Întrebări cu răspunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adevărate)

1. Schizofrenia afectivă:
   a. este o formă mixtă, care asociază elemente ale sindromului depresiv sau maniacal
   b. are o evoluție ciclică
   c. simptomele afective dispar odată cu cele discordante
   d. prognosticul ei este rezervat
   e. se mai numește schizofrenie grefată
2. Clinic episoadele schizoafective se manifestă prin
   a. simptome depresive, maniacale sau mixte
   b. durata tabloului clinic este de cateva ore
   c. sindroame delirant-halucinator și de transparență-influență
   d. sindrom demențial
3. Ca și forme clinice tulburările schizoafective sunt:
   a. de tip depresiv
   b. de tip oligosimptomatic
   c. de tip maniacal
   d. de tip cronic
4. Tratamentul tulburărilor schizoafective utilizează:
   a. Antidepresive
   b. Neuroleptice
   c. Timostabilizatoare
   d. Numai psihoterapeutic

CAPITOLUL XVII
TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE

TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE reprezintă un grup de tablouri psihopatologice dominate de sindromul delirant, cu sau fără halucinaţii cu durată de cel puţin 3 luni de zile, fără să poată fi explicată printr-o suferinţă organică cerebrală sau schizofrenie.

PARANOIA este o psihoză delirantă dominată de un sistem delirant bine sistematizat şi impenetrabil la argumente, experienţe existenţiale şi la persuasiune, la care nu se asociază halucinaţii; prevalenţa este de 0,02-0,03%, vârsta medie a debutului este între 35-45 de ani. Convingerea patologică se constituie insidios pornind de la intuiţii patologice şi interpretări eronate ale informaţiilor din ambianţă care, favorizate de orgoliul, suspiciozitatea şi egocentrismul personalităţii premorbide, contribuie la structurarea sentimentului adevărului propriu; principalele tematici delirante sunt cele megalomanice şi de persecuţie asociate cu stări hipertimice pozitive şi respectiv negative; conştiinţa bolii psihice este absentă, iar atenţia şi memoria sunt intacte, fiind însă orientate selectiv spre conţinutul delirant.

Dintre formele clinice se remarcă **delirul de interpretare** în care delirul este bine sistematizat şi este structurat "în reţea", în afara delirului subiectul poate avea un comportament normal, favorizând inducerea convingerilor patologice unora dintre persoanele din jur; **delirurile pasionale** în care o idee prevalentă, care se îmbogăţeşte "în lanţ" prin elemente care provin din acelaşi domeniu al realităţii; senzaţia de frustrare iniţială generând prin supracompensare o exaltare în plan ideator şi afectiv**; delirul**

senzitiv de relație: delir interpretativ, instalat insidios la personalități senzitive ca urmare a perturbării raporturilor interpersonale care rănesc un orgoliu exacerbat; **delirurile de revendicare:** caracterizate prin debutul brusc, într-o conjunctură care provoacă nemulțumire subiectului și care poate fi mai mult sau mai puțin obiectivă și obiectivabilă; pe fondul hipersensibilității structurale, exagerate de contactul cu cei din jur, devin dominante ideea prejudiciului și necesitatea imperioasă de a face dreptate; **delirul erotoman** corespunde convingerii patologice a subiectului că este iubit de o persoană cu calități de excepție sau cu o înaltă poziție socială sau profesională care dorește să se căsătorească cu el sau să i se dedice cu toată ființa; apare spontan sub forma unei revelații, **delirul de gelozie** convingerea patologică a subiectului că este înșelat de către partener cu verificare minuțioasă a raporturilor interpersonale și a programului acestuia; este mai frecvent la sexul masculin iar debutul este brusc și favorizat de abuzul de alcool, care poate și întreține simptomatologia;

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza caracterului sistematizat și plauzibil inițial al ideilor delirante apărute pe un teren caracterial predispozant, durata simptomatologiei fiind de minimum 3 luni de zile.

Diagnosticul diferențial se face cu schizofreniile și cu alte tulburări delirante de origine psihogenă, toxică sau cu substrat organic.

Abordarea terapeutică a delirurilor paranoice este întotdeauna dificilă. Chimioterapia include neuroleptice sedative, tranchilizante, antidepresive și anticonvulsivante. Psiho- socioterapiile pot fi utile în delirul senzitiv de relație, când pot favoriza după ani de zile chiar vindecarea; terapiile individuale par să fie mai utile decât cele de grup, dar ambele

trebuie să câștige pe cât posibil înțelegerea și o față a încrederii subiectului prin tehnici suportive, cognitive și comportamentale; se poate apela la schimbarea locului de muncă, la recompense neașteptate, la satisfacerea dorințelor și chiar a unor revendicări posibile, aportul grupului familial fiind de mare valoare prin facilitarea unor remisiuni sociale în pofida păstrării convingerilor delirante ale subiectului.

PARAFRENIA reprezintă grup de psihoze predominant endogene, dominate de un delir sistematizat și persistent, a cărui extraordinară bogăție este în concordanță cu absurditatea conținutului, dar contrastează cu bună adaptabilitate la ambianță. Debutul este tardiv – între 35-45 de ani, delirul se structurează progresiv prin interpretări patologice repetate ale evenimentelor ambientale, facilitate de dispoziția delirantă și însoțite de fenomenele de depersonalizare și derealizare, fiind urmat după luni sau ani de zile de apariția halucinațiilor predominant auditive, și uneori de fenomenele de automatism mintal; subiectul realizând o "dublă contabilitate" prin delimitarea fazelor delirante – de obicei bine disimulate – de lumea reală.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut în primul rând cu schizofreniile și tulburările shizoafective, dar și cu psihozele maniacale pentru forma expansivă;

Tratamentul include chimioterapia – care apelează la combinații de neuroleptice, sedative și incisive în fazele manifeste ale producțiilor delirant-halucinatorii și măsuri de îngrijire și asistență comunitară care să prevină manifestările productive; să întrețină buna adaptabilitate și eficiența în roluri ale subiectului; să permită evitarea unor contacte socio-profesionale defavorizante.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere,
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Psihozele delirante:
    a. sunt un grup de afec□iuni cu tabloul clinic dominat de sindromul delirant
    b. pot fi precedate de factori cu rol declan□ator
    c. cele scurte au durata sub 6 luni de zile
    d. cele persistente apar mai ales în adolescen□□
    e. predomin□la sexul feminin
2. Paranoia:
    a. se caracterizeaz□prin prezen□a unui sistem delirant sistematizat
    b. nu se înso□e□te de halucina□ii decât rareori
    c. aten□ia □i memoria sunt intacte
    d. anxietatea □i depresia pot înso□i delirul
    e. vârsta sau factorii conjunctural- afectivi nu pot compensa delirul paranoiac
3. Paranoia:
    a. Este o psihoz□afectiv□
    b. Este o psihoz□cronic□delirant□
    c. Evolueaz□cu delir nesistematizat □i halucina□ii bogate
    d. Presupune existen□a unui teren predispozant
4. Parafrenia:
    a. Este o psihoz□cronic□delirant□
    b. Lipsesc halucina□iile
    c. Permite o bun□adaptare la ambian□□
    d. Are o evolu□ie acut□

CAPITOLUL XVIII
ALCOOLISMUL ŞI COMPLICAŢIILE SALE

ALCOOLISMUL se poate diagnostica atunci când se îndeplinesc criteriile: apariţia toleranţei, substanţa este administrată pentru a trata sau a evita simptomele de sevraj, alcoolul este utilizat în cantităţi mai mari şi pentru o perioadă mai lungă decât intenţionata persoana respectivă, există una sau mai multe încercări nereuşite de a întrerupe sau de a controla uzul de substanţă, creşterea duratei timpului petrecut în activităţi necesare pentru procurarea substanţei, administrarea ei şi revenirea după efectele acesteia, apar intoxicaţii frecvente sau semne de sevraj când se aşteaptă să se implice în realizarea unor obligaţii majore la locul de muncă, şcoală sau acasă, sau când uzul de substanţă este periculos - de exemplu: condusul maşinii în stare de ebrietate; activităţile sociale, ocupaţionale şi recreative sunt întrerupte sau reduse datorită uzului de substanţă, continuarea uzului de substanţă în ciuda cunoaşterii problemelor sociale, psihologice şi medicale cauzate sau exacerbate datorită acestuia. **Toleranţa** este nevoia de a creşte cantitatea de substanţă administrată pentru obţinerea intoxicaţiei sau a efectelor dorite sau diminuarea marcantă a efectelor când se continuă utilizarea aceleaşi cantităţi de substanţă. Simptomele caracteristice **sindromului de sevraj** sunt: inapetenţă, insomnie, iritabilitate, disconfort intern şi relaţional, transpiraţii, tremurături, labilitate emoţională, greţuri, vărsături, agitaţie, apărute la întreruperea consumului de alcool sau la reducerea dozei zilnice..

DELIRIUM TREMENS este cea mai comună psihoză acută de tip confuziv, caracteristică alcoolismului cronic, de obicei de scurtă durată dar gravă, care se poate dezvolta în

urma unui consum excesiv și prelungit de alcool. Clinic se caracterizează prin: tulburare de conștiință, halucinații vizuale – zoopsii – amnezie lacunară, triada celor 3 T. Conștiința se prezintă sub o formă oniric, bolnavul trăiește într-o lume de vis la care își adaptează comportamentul mai ales pantomimic. După remisiune, memoria este deficitară raportată la perioada tulburării de conștiință, prezentând amnezie lacunară. Gândirea este lentă dar bogată în conținut. Ideile de relație și delirul de persecuție sunt obișnuite dar sunt de obicei tranzitorii și slab elaborate. Deficitul cognitiv poate include diminuarea memoriei, a percepției vizuale, dezorientare sau tulburări de limbaj. Dezorientarea se manifestă mai ales ca dezorientare în timp sau în spațiu. Tulburare de percepție este complexă și se prezintă sub formă de false recunoașteri, interpretări greșite, iluzii și în special halucinații vizuale cu caracter terifiant, fantastic (caracteristice sunt zoopsiile). Apar de asemenea halucinații tactile și auditive. Modificările afectivității, ca anxietatea, frica, iritabilitatea, furia, euforia, apatia, depresia sau labilitatea sunt obișnuite, unii pacienți sunt speriați și agitați, pe când alții perplecși. Perturbarea ritmului somn-veghe se manifestă prin somnolență diurnă, agitație nocturnă și întreruperi în continuitatea somnului. Simptomele somatice sunt reprezentate de triada T tremurături, transpirații, temperatură.

SINDROMUL LUI KORSAKOV se rezumă la: dezorientare temporo-spațială, alterarea gravă a memoriei de fixare, confabulații și fenomene polinevritice. Deși inițial s-a incriminat numai etiologia alcoolică, ulterior s-au descris și alte cauze, cum sunt: meningoencefalite, denutriția, traumatismele cranio-cerebrale, tumorile cerebrale,

intoxicațiile cu CO, accidentele vasculare cerebrale, înecul, strangularea sau spânzurarea.

HALUCINOZA ALCOOLICĂ apare pe fondul unui alcoolism cronic. Halucinațiile auditive pot îmbrăca forma unor dialoguri sau conversații în care se discută despre bolnav la persoana a treia. În general, conținutul halucinațiilor constă în jigniri, acuzații sau amenințări ceea ce accentuează și mai mult starea de tensiune și teama bolnavului. Halucinoza alcoolică poate evolua pe o perioadă cuprinsă între 5-6 zile până la câteva săptămâni sau luni. Suprimarea băuturilor alcoolice și o terapie adecvată este absolut necesară pentru vindecarea și prevenirea recidivelor.

PARANOIA ALCOOLICĂ, denumită și delirul cronic de gelozie, se dezvoltă de obicei la alcoolici mai în vârstă și se caracterizează prin idei delirante de persecuție și de infidelitate conjugală putând să ajungă până la o gelozie morbidă, asociată cu un comportament agresiv și violent.

EPILEPSIA ALCOOLICĂ reprezentată de crize epileptiforme se întâlnesc în intoxicațiile acute, cronice sau la întreruperea bruscă a consumului de alcool, ca și în psihozele alcoolice. Apar în medie la 15% din alcoolici. Prognosticul relativ bun se datorează faptului că odată cu întreruperea consumului de alcool și cu instituirea unui tratament antiepileptic dispar.

DEMENȚA ALCOOLICĂ este una dintre cele mai grave complicații ale consumului îndelungat și exagerat de băuturi alcoolice, care se bazează pe producerea unor leziuni organice ireversibile în SNC. Se evidențiază treptat slăbirea atenției, inițiativei, memoriei și judecății, a posibilității de adaptabilitate, dispare ambiția și interesul față de muncă, diminuează responsabilitatea, perspicacitatea și capacitatea de muncă, ulterior dispare capacitatea de autoîngrijire.

VERIFICAREA CUNOȘTINȚELOR

Întrebări cu răspunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adevărate)

1. Delirul alcoolic subacut
    a. debut matinal
    b. tulburări ale conștiinței
    c. halucinații intrapsihice
    d. evoluție spre vindecare în câteva zile
    e. evoluție spre delir acut
2. Factori agravanți ai evoluției alcoolismului maladiv sunt:
    a. debutul consumului la vârsta adultă
    b. asocierea altor toxicomanii
    c. antecedente familiale dizarmonice
    d. profesii predispozante
    e. boli somatice invalidante
3. Delirium tremens
    a. asociază tulburări neurologice inclusiv crize epileptiforme
    b. este de tip oniric
    c. debutează cu inhibiție psihomotorie
    d. are evoluție fatală în 20% din cazuri
    e. delirul acut azotemic anunță remisiunea
4. Beția patologică reprezintă
    a. ingestie de cantități mari de alcool
    b. apariția unui sindrom confuziv de tip crepuscular
    c. poate asocia halucinații și idei delirante
    d. durata manifestărilor este de 1-2 zile
    e. o entitate cu mare importanță medico-legală
5. În faza clinică a beției simple apare:
    a. dezinhibiția ideo-verbală
    b. scăderea performanțelor psihomotorii
    c. hipoestezia senzorială globală
    d. alcoolemie 1‰

6. Psihoza polinevritic Korsakov:
    a. complic evolu ia unei encefalopatii Gayet Wernike
    b. se remite spontan în 1-2 zile
    c. asociaz o stare depresiv
    d. debuteaz cu fenomene nevrotiforme
    e. poate evolua spre exitus
7. Triada caracteristic sindromului Korsakov include:
    a. dezorientare temporo spa ial
    b. hipomnezie de fixare
    c. hipomnezie antero retrograd
    d. confabula ii mnestice
    e. hipoprosexie spontan
8. Sunt adev rate:
    a. În delirium tremens apare delir oniric
    b. Be ia patologic i dipsomania nu sunt echivalen e epileptice
    c. Psihoza Gayet - Wernicke apar ine encefalopatiilor alcoolice caren iale
    d. Psihoza Korsakov cuprinde elemente ale sindromului confuziv
9. Sunt tulbur ri de percep ie în care exist critica fenomenului:
    a. Halucina iile intrapsihice
    b. Halucinoza alcoolic
    c. Halucina iile psihosenzoriale
    d. Halucinoza peduncular

CAPITOLUL XIX
TOXICOMANIILE SAU FARMACODEPENDENȚELE

TOXICOMANIILE reprezintă un concept multidimensional care include totalitatea tablourilor clinice diferite ca severitate provocate de utilizarea uneia sau mai multor substanțe psihoactive.

INTOXICAȚIILE ACUTE reprezintă un consum abuziv ocazional, cu efecte psiho-comportamentale și uneori somatice tranzitorii și remisiuni complete. Intoxicațiile cu droguri halucinogene pot determina tulburări de conștiență până la stare comatoasă cu precădere atunci când se asociază mai multe substanțe psihoactive.

DEPENDENȚA reprezintă stări de intoxicație periodică sau cronică produse de consumul repetat al unui drog natural sau sintetic, caracterizate prin tendința compulsivă de consumare și procurare a drogului; fenomenul de **toleranță** conform căruia dozele sunt mărite progresiv; fenomenul dependenței fizice și psihice față de efectele drogului care se manifestă prin **sindromul de abstinență** apărut la întreruperea consumului; consecințe negative complexe asupra individului și societății.

În cazul **FARMACODEPENDENȚELOR** motivațiile individuale vizează procurarea necondiționată a drogului cu ignorarea oricăror considerații medicale, profesionale sau sociale, precum și tendința de mărire progresivă a dozelor în cadrul fenomenului de toleranță.

Datele epidemiologice arată că prevalența în populația generală, a ajuns la cel puțin 50% din aceea a toxicomaniei alcoolice, ignorând nicotinismul, considerat cea mai răspândită toxicomanie. Cea mai afectată este vârsta

adolescenei și prima jumătate a decadei a 3-a de viață, incidența cea mai mare este la sexul masculin.

OPIUL și derivații săi: **heroina, codeina, hidromorfonul** și **metadona** se consumă sub formă de pulbere: pipe de opiu sau prize nazale, injecții subcutanate sau intravenoase**.** Efectele clinice dominante sunt cel analgetic și euforic, urmate de inhibiție psihomotorie, cu bradipsihie și deprimarea funcțiilor vitale; efectele adverse dominante sunt: reacțiile alergice și potențialul infectării cu virusurile hepatitei B și HIV. Supradozajul provoacă în mod caracteristic deprimare respiratorie, mioză, parestezii, comă și se combate cu NALOXON sau NALORPHIN, administrate intravenos. Sindromul de sevraj cuprinde manifestări de tip hipersimpaticoton, însoțite de anxietate și labilitate emotivă și cedează la administrarea de morfină sau heroină parenteral; tratamentul dependenței se face cu metadonă per oral, levo-alfa-acetylmethadol administrat de trei ori pe săptămână și buprenorphină.

Derivații de **CANABIS** sunt **marijuana** în America de Nord sau **hașiș** în Orient, drogul se consumă ca atare, introdus în dulciuri și băuturi sau sub forma unei pulberi care poate fi fumată împreună cu tutunul. Efectele clinice sunt analgetic, anticonvulsivant și hipnotic, la doze mici instalându-se o stare euforică cu tahicardie, tahipnee și dificultăți de coordonare motorie, iar la doze mari episoade psihotice de un polimorfism simptomatologic și evolutiv specific. Efectele adverse dominante sunt: hipotensiunea ortostatică, creșterea apetitului și uscarea mucoaselor, la care se adaugă în timp – la fumători – insuficiența respiratorie cronică, neoplasmul pulmonar și scăderea pragului convulsivant. Supradozajul provoacă tulburări de percepție: iluzii și halucinații – uneori adevărate stări onirice,

depersonalizare, derealizare și pierderea coordonării motorii. Drogul nu determină dependență fizică și ca urmare manifestările de sevraj sunt minore sau absente; dependența psihică instalându-se cu ușurință. În intoxicațiile cronice sunt specifice manifestările impulsive și antisociale, cu un ridicat grad de criminalitate în rândurile toxicomanilor.

TRANCHILIZANTELE MINORE precum**:** barbitalul, amitalul, fenobarbitalul, diazepamul, meprobamatul, oxazepamul, flurazepamul, clordiazepoxidul, reprezintă o categorie de substanțe psihotrope cu efecte sedative – la doze mici și moderate, respectiv hipnotice în doze mari, anticonvulsivante, miorelaxante și anestezice; având un potențial toxicomanic ridicat, farmacodependențele aferente reprezentând o pătrime din totalul toxicomaniilor cunoscute. Administrarea se face per os sau parenteral și poate fi comentată ca o iatrogenie medicamentoasă. În cazul sevrajului la benzodiazepine domină hiperestezia senzorială, disconfortul digestiv, crampele musculare și o marcată anxietate, manifestările convulsive fiind rare – îndeosebi după doze de 50 mg de diazepam/zi.

AMFETAMINELE sunt amine sintetice cu acțiune asemănătoare adrenalinei; diversele preparate se administrează cu precădere per-oral și mai rar intravenos, efectele lor fiind de tip euforizant, psihostimulant și anorexigen. Efectele adverse apar pe măsura creșterii dozajului și sunt reprezentate de pierderea în greutate și episoade psihotice de tip confuziv și paranoid. Manifestările de sevraj apar în primele 2-4 zile de la debutul abstinenței și durează aproximativ 7 zile, fiind dominante disforia, astenia, coșmarurile, crampele musculaturii netede și striate, cefaleea, exagerarea extremă a apetitului și depresiile cu risc suicidar major.

SUBSTANȚELE HALUCINOGENE sunt reprezentate astăzi prin peste 100 de variante naturale și sintetice: **mescalina, psilocibina, LSD**-ul – dietilamida acidului lisergic. Efectul clinic principal este o "beție halucinatorie" cu halucinații dominant auditive, producții imaginative stranii, angoasă, tulburări neurovegetative și fenomene de depersonalizare, îndeosebi de tipul dedublării imaginii proprii, toate însă descrise cu un oarecare criticism de către subiect; comportamentul este inadecvat și ineficient în final, după 10-12 ore instalându-se somnolență; uneori pot apărea complicații grave de tip auto- sau heteroagresiv, sunt specifice flash-back-urile – retrăirea spontană, timp de câteva zile a experiențelor halucinatorii, mai ales în condiții de stres sau de asociere a altor toxice. Tratamentul specific al intoxicației acute constă în liniștirea verbală a subiectului și uneori în administrarea de neuroleptice sedative sau benzodiazepine.

CAFEINA substanță toxică minoră care are însă cea mai extinsă utilizare în țările occidentale; are efecte psihostimulente și chiar euforizante în doze mici, dar la peste 300 mg/zi este anxiogenă și induce stări de excitație psihomotorie, insomnii, tahiaritmii cardiace și tulburări ușoare de percepție; poate determina dependență fizică iar fenomenologia de sevraj constă în cefalee, astenie marcată, anxietate, spasme digestive, mialgii – care cedează complet în 7 zile.

NICOTINA substanță cu efecte psihostimulante și miorelaxante care produce rapid un sindrom de dependență; supradozajul provoacă crize hipertensive, manifestări confuzive și tulburări neurovegetative, iar fenomenologia de sevraj este dominată de anxietate, tulburări de concentrare, apetit exagerat și creștere ponderală.

SUBSTANȚELE INHALANTE: eterul, solvenții organici au un binecunoscut potențial toxicomanic; efectele clinice: euforie și excitație psihomotorie, halucinații vizuale și comportament impulsiv; în intoxicațiile cronice – favorizate adeseori de mediul profesional – se instalează progresiv fenomenele deteriorative cognitive, însoțite de episoade confuzive și alterare morală cu comportament impulsiv, caracteristic. Cele mai severe complicații somatice sunt afectarea funcțiilor cardiace, respiratorii, hepatice și renale și atrofia cortical-cerebrală.

Diagnosticul pozitiv al drog-dependențelor se face prin evidențierea fenomenelor de toleranță și de sevraj la o substanță utilizată abuziv pentru proprietățile sale psihoactive, precum și prin evidențierea acesteia în sânge sau urină.

Atitudinea terapeutică include terapia adresată sindroamelor de intoxicație și de sevraj, care se face în mod obligatoriu în condiții de spitalizare și este specifică fiecărei substanțe; abordarea tulburărilor cognitive, somatice și de nutriție, secundare cu preparate roborante, psihotone și vitaminoterapie; terapia tulburărilor anxioase, depresive și comportamentale tranzitorii sau persistente cu antidepresive, anxiolitice, neuroleptice și anticonvulsivante; controlul abstinenței și reorganizarea motivațiilor și valorilor existențiale prin intermediul psihoterapiei suportive și cognitiv-comportamentale individuale sau a celei de grup; reabilitarea aptitudinală și relațională a subiectului.

Profilaxia toxicomaniilor nu este doar apanajul serviciilor psihiatrice sau medicale non- psihiatrice ci a societății în ansamblu care poate acționa prin mijloace educative, prin mass-media și prin programe dirijate și finanțate de instituții cu atribuții locale și naționale.

VERIFICAREA CUNOȘTIINȚELOR

Întrebări cu răspunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adevărate)

1. Derivații de canabis sunt:
    a. Marijuana
    b. Hașis
    c. se consumă ca atare, introdus în dulciuri și băuturi
    d. sub forma unei pulberi care poate fi fumată împreună cu tutunul
2. Efectele clinice ale derivaților de opiu sunt:
    a. analgetic
    b. euforic
    c. bradipsihie și inhibiție psihomotorie
    d. deprimarea funcțiilor vitale
3. Au potențial toxicomanic:
    a. Solvenții organici
    b. Aspirina
    c. cafeina
    d. eterul
4. Dependența reprezintă:
    a. consumul repetat al unui drog natural sau sintetic
    b. compulsia de consumare și procurare a drogului;
    c. fenomenul de toleranță
    d. sindromul de abstinență apărut la întreruperea consumului
    e. dificultăți de funcționare în roluri
5. Fenomenologia de sevraj la nicotină este dominată de:
    a. anxietate
    b. tulburări de concentrare
    c. apetit exagerat și creștere ponderală
    d. inapetență și scădere ponderală

CAPITOLUL XX
DEMENŢELE

DEMENTELE reprezintă o categorie de afecţiuni psihice cu substrat organic lezional cerebral care se manifestă clinic prin degradarea progresiva si de obicei ireversibila a psihismului - în mod – particular a funcţiilor de cunoaştere, a personalităţii şi a comportamentului. Este evidentă alterarea funcţionării în rolurile sociale şi profesionale a subiectului.

În majoritatea cazurilor factorii **etiologici** incriminaţi sunt decelabili şi în prezenţa componentelor sindromului demenţial permit încadrarea nosologică;

Epidemiologic demenţa de tip ALZHEIMER reprezintă 50-60% din totalul demenţelor şi 5% din demenţele întâlnite peste vârsta de 65 de ani, incidenţa crescând paralel cu vârsta; demenţa vasculară constituie 15-30% din totalul demenţelor, factorii de risc specifici fiind sexul masculin şi boala hipertensivă; în 15 % din cazuri cele două forme descrise coexistă; restul demenţelor sunt consecinţa intervenţiei unor factori infecţioşi, virali, toxici, traumatici şi metabolici.

DEMENŢA ALZHEIMER se caracterizează prin caracterul familial al bolii; anatomo-patologic prin plăci senile cu structură amiloidică; degenerescenţa neurofibrilară; pierderi sinaptice care afectează peste 50% dintre legăturile interneuronale. Clinic debutează precoce – între 45-65 de ani sau tardiv – peste 65 de ani, cu tulburări de memorie, urmate de o dezorientare temporo-spaţială care face ca subiectul să se piardă în propria locuinţă sau să nu-şi găsească patul în cameră sau în salon; sunt tot mai evidente hipoprosexia, tulburările de judecată şi raţionament şi uneori simptome

anxioase, depresive sau interpretative. Faza de stare e dominat de un sindrom demen ial sever cu degradarea global a psihismului i a personalit ii cu: dezorientare auto- i allopsihic ; afazie senzorial ; apraxie cu dezorganizarea motricit ii i comportament caricatural; agnozie vizual pentru forme, culori i fizionomii – prosopagnozie; episoade confuzive sau paranoide – cu halucina ii polisenzoriale i idei delirante nesistematizate de prejudiciu; manifest ri impulsive i heteroagresivitate intermitent ; crize epileptiforme i o hipertonie de tip extrapiramidal cu semnul ro ii din ate pozitiv. În faza terminal , dup 8-10 ani, apar fenomene ca ectice, gatism i deces prin accidente sau infec ii intercurente.

DEMEN ELE VASCULARE apar de obicei dup vârsta de 60 de ani la pacien i cu accidentele vasculare de tip hipertensiv sau ischemic. Anatomopatologic sunt descrise multiple distruc ii tisulare cu caracter diseminat, secundare atacurilor ischemice succesive. Debutul este mai frecvent brusc dup un accident vascular urmat de fenomene astenice i depresiv-anxioase, secundare con tientiz rii propriei degrad ri psihice i somatice; iar în faza de stare se remarc degradarea inegal i variabil a func iilor psihice, îndeosebi a memoriei i a capacit ilor de orientare temporal , labilitate afectiv marcat , manifest ri de tip parkinsonian i cerebelos, dizartrie i disfagie. Evolu ia este ondulant cu acutiz ri episodice ale fenomenologiei psihopatologice i neurologice, iar în fazele finale – dup 2-3 ani de zile – se descrie un sindrom care include obtuzie, dezorientare temporo-spa ial , ataxie i c deri accidentale; decesul se produce printr-un ictus final sau prin accidente i complica iile lor.

DEMEN A PICK apare cel mai frecvent între 50-60 de ani la sexul feminin, etiopatogenia este necunoscut dar cu

mare probabilitate există o transmitere ereditară. Anatomopatologic se întâlnesc în mod specific o balonizare a neuronilor cu apariția de corpusculi PICK – și o înmulțire accentuată a celulelor gliale – glioza; atrofiile corticale sunt bilaterale și sunt bine delimitate fronto-temporal. Clinic debutul este insidios cu labilitate afectivă, episoade euforice, dezinhibiție instinctuală și tulburări de comportament precum furturi, piromanie și delicte sexuale; la acestea se adaugă o bulimie caracteristică ce precede faza de stare în care domină o fenomenologie demențială de tip frontal cu apatie, stereotipii și perseverații verbale și motorii, ecolalie, palilalie, mutism.

DEMENȚA DIN BOALA JAKOB-CREUTZFELDT sau pseudo-scleroza spastică – suferință neurologică degenerativă indusă de un virus lent, pe cât de rară, pe atât de gravă datorită unei fenomenologii deteriorative, însoțită de stări confuzive persistente și manifestări de tip piramidal sau extrapiramidal, simptome care după o evoluție subclinică de 1-2 ani de zile duc în câteva luni la com și deces.

DEMENȚA DIN BOALA HUNTINGTON sau coreea cronică – este o formă dominant subcortical în care pe primul plan nu se află deficitul cognitiv ci lentoarea psihomotorie și pierderea progresivă a abilității de a efectua gesturi complexe la care se asociază episoade confuzive și halucinator-delirante intense și persistente; mișcările coreiforme preced de obicei demența.

DEMENȚA DIN BOALA PARKINSON are un tablou clinic asemănător cu cel precedent, dar în evoluție sunt evidente și deficitul cognitiv și bradifemia.

DEMENȚA EPILEPTICĂ are un tablou clinic particular în care domină bradipsihia – încetinirea ritmului și

eficienței funcțiilor psihice – cu precădere a celor de cunoaștere, fiind specifică trecerea greoaie de la o idee la alta – vâscozitatea ideatorie, exprimată și în limbaj; o îngustare caracteristică a motivațiilor și intereselor, o monotonie imaginativă și atitudinală, subiectul fiind dominat de grija pentru propria sănătate exprimată printr-un comportament egoist și egocentric.

DEMENȚELE TOXICE sunt determinate de factori precum alcoolul, monoxidul de carbon, solvenții organici, metalele grele, etc.

DEMENȚELE DIN BOLILE INFECȚIOASE pot apare ca sechele deteriorative și neurologice, indiferent de vârstă, după tablouri de tip meningoencefalitic produse de bacilul piocianic, bacilul KOCH, virusul herpetic,etc. Cele mai cunoscute sunt **demența luetică** – care corespunde sifilisului cerebral și este caracterizată clinic prin deficit sever al memoriei de fixare, idei delirante nesistematizate de grandoare și enormitate, comportament pueril și sugestibilitate accentuată; și **demența din infecția cu HIV** – în cadrul căreia sunt descrise un deficit prosexic și mnestic, apatia, deficitul motivațional și cel al relațiilor interpersonale.

DEMENȚA POSTTRAUMATICĂ clinic domină labilitatea afectivă și paroxismele anxioase, fenomene de tip pseudoparkinsonian și convulsiv care evoluează lent și se stabilizează în timp.

Diagnosticul pozitiv al demențelor este facilitat adeseori de posibilitatea stabilirii unei corespondențe între factorul etiologic dominant implicat și fenomenologia de tip demențial confirmată clinic, psihometric și paraclinic prin: examenul fundului de ochi; electroencefalografie; angiografii cerebrale; radiografii craniene simple; examenul LCR; explorarea metabolismelor intermediare; reacții biologice în

infec ii, rezonan a magnetic nuclear ; computertomografia cranian cu emisie de fotoni, care permit i o mai bun delimitare a principalelor tipuri de demen e – degenerative respectiv vasculare.

Atitudinea profilactic impune terapia corect a afec iunilor poten ial generatoare de modific ri de tip demen ial i la sfatul genetic în cazurile cu ereditate familial . **Terapeutic** sunt utile chimioterapia, psihoterapii suportive i ergoterapii care s între in aptitudinile individuale; psihoterapii familiale de major importan în acceptarea situa iei pacien ilor i în asigurarea unei ambian e protectiv-stimulative; socioterapii i îngrijire de tip comunitar la nivelul caselor i c minelor de b trâni.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Debutul demen□elor este caracterizat de:
   a. Tulbur□ri mnestice □i prosexice
   b. Sindrom confuziv evident
   c. Deteriorare marcat□a func□iilor cognitive
   d. Sindrom gatos
2. Demen□a vascular□cuprinde în tabloul clinic:
   a. Sindromul pseudobulbar
   b. Dezorientare temporo-spa□ial□precoce
   c. Evolu□ie ondulant□cu acutiz□ri □i remisii
   d. Dezinhibi□ie instinctual□□i comportament antisocial
3. Demen□a din boala Alzheimer este caracterizat□de:
   a. Prezen□a crizelor epileptiforme
   b. Deteriorare rapid□a func□iilor cognitive
   c. Existen□a vasculopatiei aterosclerotice
   d. Aspect lacunar anatomo-patologic secundar infarctelor cerebrale multiple
4. Faza de stare a demen□elor cuprinde:
   a. dezorientare autopsihic□
   b. afazie senzorial□
   c. apraxie
   d. dezorientare allopsihic□
5. Demen□ele:
   a. afec□iuni psihice f□r□substrat organic lezional
   b. se manifest□prin degradarea reversibil□ psihismului
   c. factorii etiologici sunt decelabili în majoritatea cazurilor
   d. nu sunt înso□ite de alterarea câmpului con□tiin□ei
   e. afecteaz□în special func□iile de cunoa□tere

CAPITOLUL XXI
RETARDĂRILE MINTALE – OLIGOFRENIILE

RETARDĂRILE MINTALE sub denumirea generică de întârzieri mintale sau oligofrenii sunt stări de nedezvoltare sau dezvoltare incompletă a psihismului și a personalității în ansamblu. Acestea se instalează până la vârsta de 3 ani și sunt diagnosticate independent de coexistența unor suferințe psihice sau fizice.

Epidemiologic incidența în populația infantilă este de 1 % iar în populația generală prevalența este de 4-6%; frecvența este mai mare la sexul masculin.

Etiologia retardărilor mintale include factori genetici – endogeni și factori exogeni de natură fizică, chimică, infecțioasă, traumatică, carențială, metabolică și hipoxică ce acționează pre-, intra- și postnatal, producând efecte lezionale ireversibile asupra SNC – până la vârsta de 3 ani – cei mai cunoscuți fiind substanțele radioactive, medicamentele, inclusiv cele psihotrope, alcoolul, virusul rubeolic și cel citomegalic, traumatismele obstetricale, malnutriția calorică și/sau proteică. Factorii socio-culturali pot întârzia dezvoltarea psihismului prin intermediul deficitului economic, afectiv, educativ sau cultural, fiind bine cunoscută frecvența semnificativ mărită a debilității mintale la copiii proveniți din familii dezorganizate.

Clasificarea retardărilor mintale se face în funcție de **QI coeficientul intelectual** care reprezintă raportul dintre vârsta mintală a subiectului și cea cronologică, valoarea sa la copilul normal dezvoltat fiind 100 iar diagnosticul de oligofrenie se pune atunci când QI este sub 70. Acestea includ următoarele forme: intelectul liminar, întârzierea

mintal uoar QI = 50-70; medie QI = 30-50; grav QI = 20-30 i profund QI sub 20.

INTELECTUL LIMINAR corespunde unui QI între 70-85 prezint deficiene ale gândirii abstracte i o fragilitate a structurilor verbale, cu apeluri repetate la denumiri pretenioase i nepotrivite situaiei; are capaciti normale de învare i adaptare la via în colectivitate iar un context social i cultural favorabil permite o integrare mulumitoare în rolurile existeniale i estomparea diferenelor fa de indivizii cu un intelect normal.

ÎNTÂRZIEREA MINTAL U OAR corespunde debilitii mintale QI între 50-70 i reprezint cantitativ majoritatea oligofreniilor. Vârsta mintal este de 9-10 ani i corespunde nivelului primelor patru clase elementare, funciile de cunoatere sunt afectate în mod neomogen, dar gândirea este în mod constant deficitar, având un caracter concret cu dificulti în elaborarea de judeci i raionamente i în procesele de abstractizare, generalizare, în analize i sinteze, ritmul fiind constant încetinit; atenia spontan uneori foarte vie i funciile mnestice puin modificate pot compensa parial insuficienele gândirii, limbajul reflect deficienele gândirii i srcia imaginativ; afectivitatea este imatur, instabil, cu impulsivitate recurent, nevoia de a obine satisfacii imediate fiind cea care cultiv un stil care coalizeaz egocentrismul i dependena de anturaj, uneori exist i dificulti în coordonarea motricitii voluntare. În condiiile unei educaii sistematice în uniti speciale sau în medii familiale simultan tolerante i stimulative pot fi cultivate unele aptitudini manuale i pot fi însuite meserii simple care s permit o autoîntreinere minimal, afectat îns în condiii de stres i în situaii neprevzute.

ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ MEDIE corespunde unui coeficient intelectual între 30-50 iar dezvoltarea intelectuală este corespunzătoare vârstei de 6-7 ani, subiecții își însușesc doar limbajul oral, nu și pe cel scris; deficitul intelectual este evident din primii ani de viață și asociază tulburări de motricitate și alte fenomene neurologice – paralizii de nervi cranieni, hemiplegii spastice; atenția spontană nu este de obicei afectată și sunt descrise uneori capacități de memorare mecanică excepționale prin intermediul cărora subiecții pot reține șiruri întregi de cifre sau date aritmetice, gândirea este concretă, afectivitatea e instabilă, cu paroxisme disforice de scurtă durată și cu trăiri emoționale vii, în contextul în care subiectul simte nevoia de atenție, mângâiere și protecție; sub imperiul impulsivității pot fi comise acte antisociale ale căror consecințe nu sunt conștientizate de subiect. Ei pot fi educați să se îngrijească singuri, să se ferească de pericolele fizice imediate, să efectueze munci simple sau chiar operații stereotipe în ateliere protejate sau în cămine "școală"; nu sunt capabili să se autoconducă în viața socială și au nevoie de supraveghere în cadrul familiei sau în instituții protejate de tip comunitar, dependența lor socială fiind mereu reconfirmată.

ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ GRAVĂ corespunde unui coeficient intelectual cuprins între 20-30, vârsta mintală a subiectului fiind inferioară celei de doi ani; asociat frecvent cu malformații cranio-faciale, scheletale și hipotrofia statural. Funcțiile de cunoaștere sunt nedezvoltate, viața afectivă și cea instinctuală sunt primitive, anarhice, cu excese și perversiuni care alternează cu perioade de apatie; expresiile verbale nearticulate asemănătoare sunetelor animalelor însoțesc adesea dezorganizarea motricității și diversele tulburări neurologice de tip senzitiv-senzorial și

convulsiv; frecvent se lovesc de corpurile din jur, îi smulg părul, se automutilează. Subiecții sunt complet dependenți de anturaj, sunt irecuperabili, la cei superiori – cu un QI apropiat de 30, fiind posibilă educarea unor deprinderi minime de autoservire și igienă personală sau executarea unor gesturi elementare, alături de pronunția deformată a câtorva cuvinte; datorită autoaccidentărilor și rezistenței scăzute la infecții durata de viață este adesea sub două decenii.

ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ PROFUNDĂ corespunde unui QI mai mic de 20 existența subiectului este pur vegetativă cu abolirea reflexelor condiționate și a oricărora capacități de autoîngrijire; vulnerabilitatea extremă la diversele noxe scurtează mult durata medie de viață și impun supraveghere și îngrijire complexă permanentă.

Evoluția oligofreniilor este complicată în o treime până la două treimi din cazuri de diverse tipuri de tulburări psihopatologice cu precădere manifestări nevrotiforme și afective iar în oligofreniile severe cu tulburări psihotice; complicațiile cele mai frecvente sunt date de autovătămări, de contactarea unor boli infecțioase sau somatice.

Atitudinea terapeutică - reabilitativă are două componente **profilactică** – care include sfatul genetic și familial, măsuri de educație și igienă adresate gravidelor și actului nașterii și **curativă** prin terapia precoce și corectarea icterului nuclear, toxoplasmozei, mixedemului și fenilcetonuriei; metode chimioterapeutice adresate deficitului prosexic, comportamentului impulsiv și agresivității, fenomenologiei obsesiv-compulsive și metode psihoterapeutice – care se aplică inițial în unități speciale și de obicei după atingerea vârstei școlare și includ tehnici comportamentale, psihoterapii de grup și familiale și metode socioterapeutice – care vizează protecția, educarea și

îngrijirea comunitară a retardatului mintal îi trebuiesc aplicate eşalonat în cămine-internat, cămine-şcoală, şcoli ajutătoare, cămine-spital – pentru formele grave – şi în unităţi productive protejate care pot adeseori întreţine sau cultiva abilităţi şi aptitudini restante care să completeze suportul motivaţional al subiectului şi să-i confere uneori şansa unei existenţe decente şi a apartenenţei la viaţa comunitară.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Oligofreniile sunt caracterizate prin :
   a. Ritualuri obsesive
   b. Idei delirante interpretative
   c. Nedezvoltarea func□iilor cognitive
   d. Imagina□ie bogat□
2. Oligofreniile sunt caracterizate de.
   a. Nedezvoltarea func□iilor cognitive
   b. Idea□ie obsesiv□
   c. Reactivitate elaborat□
   d. Psihism □i personalitate armonios dezvoltate
3. Întârzierea mintal□medie corespunde:
   a. unui coeficient intelectual între 30-50
   b. unei dezvolt□ri intelectual□caracteristic□vârstei de 6-7 ani
   c. unui coeficient intelectual între 50-70
   d. unui coeficient intelectual între 70-90
4. Întârzierea mintal□u□oar□se caracterizeaz□prin:
   a. vârsta mintal□este de 9-10 ani
   b. gândirea este abstract□
   c. aten□ia spontan□uneori foarte vie □i func□iile mnestice pu□in modificate
   d. afectivitatea este imatur□, instabil□
5. QI coeficientul intelectual reprezint□:
   a. raportul dintre vârsta mintal□a subiectului □i cea cronologic□
   b. valoarea sa la copilul normal dezvoltat fiind 100
   c. raportul dintre capacitatea intelectual□actual□□i cea a unui om de aceea□i vârst□□i nivel de □colarizare
   d. sub 70 confirm□diagnosticul de oligofrenie

CAPITOLUL XXII
URGEN□ELE PSIHIATRICE

URGEN□ELE PSIHIATRICE pot ap□rea la persoane cu sau f□r□ antecedente psihiatrice, în prezen□a sau în absen□a unei suferin□e somatice □i constituie expresia interven□iei unor factori stresan□i personali: pierderi, e□ecuri, frustr□ri sau evenimente de via□□ recunoscute ca traumatizante: accidente, decesul unei persoane apropiate, divor□ care dep□esc capacit□ile adaptative ale persoanei datorit□ intensit□ii lor, deficien□elor structurale ale acesteia sau celor ale re□elei de suport.

Urgen□ele psihiatrice se manifest□ prin sindroame confuzive, anxioase, fobice, depresive, halucinator - delirante, iar comportamental se caracterizeaz□ prin dramatismul, ostilitatea, agresivitatea sau stranietatea manifest□rilor care atrag aten□ia anturajului dar simultan îl pot îndep□rta din punctul de vedere al interven□iei ini□iale. Acestea presupun un grad variabil de periculozitate pentru individ sau/□i pentru mediul s□u ambiant □i impun implicarea unei echipe specializate.

Examinarea urgen□elor psihiatrice impune un spa□iu adecvat care s□ confere siguran□□, eviden□ierea tendin□elor simulative, disimulative sau suprasimulative, o informare asupra particularit□ilor temperamental-caracteriale ale pacientului, situa□ia de urgen□□ reprezentând uneori expresia exacerbat□ conjuctural a acestora, aprecierea obiectiv□ a dorin□ei pacientului de a fi ajutat, imobilizarea uneori a pacientului □i identificarea unor substan□e □i obiecte v□t□m□toare sau a unor arme.

Pacientul sau/□i cei care îl înso□esc trebuie s□ ofere date referitoare la simptomele care domin□ situa□ia critic□

prezentă, explicații legate de apariția lor și de prezentarea în serviciu de urgență, nivelul obișnuit de funcționare în roluri și de adaptare la stres, depășirea unor momente anterioare de același tip și modalitățile de ieșire din situația actuală.

Se impune o examinare clinică corectă somatică și neurologică, examinări de laborator vizând parametrii potențial modificați inclusiv evidențierea unor agenți toxici sau metaboliți ai acestora în sânge și urină. Consultul pacienților cu urgențe psihiatrice se face adesea cu reținere, grabă și superficialitate iar fenomenologiei psihopatologice i se atribuie uneori explicații pur funcționale sau legate de abuzul de toxice și de factorul vârstă.

Stările de agitație psihomotorie și actele agresive reprezentate prin raptusuri anxioase, suicidare sau heteroagresive care sunt declanșate de factori biologici sau psiho-sociali. Acestea însoțesc și agravează tablouri clinice de tip nevrotic, psihotic, confuziv, depresiv, schizofrenic, comițial, întârzierile mintale, demențele sau toxicomaniile în fazele de reacutizare sau de sevraj sau reprezintă exacerbarea unor trăsături dizarmonice de tip antisocial, paranoic, borderline, exploziv. Tratamentul este chimioterapeutic, psihoterapii scurte individuale, mijloace de imobilizare delicate dar ferme.

Stările de inhibiție-blocaj psihomotor sunt stări stuporoase cu substrat psihogen, confuziv, depresiv, catatonic, neuroleptic. Ele impun tratament incisiv, chimio și psihoterapeutic, și supravegherea atentă a funcțiilor vitale.

Suicidul, gest suprem de autonegare, expresie a disoluției atitudinii față de sine, poate avea explicații de natură biologică, psihologică și spirituală. Sunt importante: stabilirea gradului de periculozitate vitală a actului, evaluarea șanselor de salvare a autorului actului suicidar,

particularit□ile temperamental-caracteriale ale subiectului, tradi□iile culturale comunitare incluzând semnifica□ia simbolic□ a mijlocului folosit, calitatea □i disponibilitatea deficitar□ a re□elei de suport social, deficien□ele sau lipsa statutului familial □i profesional, prezen□a unei boli somatice cu evolu□ie cronic□ sau a uneia cu sindrom algic persistent, prezen□a unei fenomenologii psihotice îndeosebi de tip depresiv, traversarea unor perioade critice de vârst□ precum adolescen□a sau climacteriul, prezen□a unor tentative suicidare în antecedentele personale sau/□i familiale, îndeosebi parentale, schimb□ri neprev□zute existen□iale, comemorarea unei pierderi semnificative sau consumul abuziv de alcool □i/sau medicamente.

În ambulator se poate apela la psihoterapii suportive individuale □i de grup familial □i uneori la medica□ia psihotrop□. Se interneaz□ de urgen□□ pacien□ii psihotici, cu convingeri micromanice delirante sau cu halucina□ii imperative, cei severi leza□i fizic, cei afla□i sub influen□a toxicelor, cei care nu r□spund la psihoterapia □i chimioterapia ini□ial□.

Pacientul suicidar este abordat de o echip□ terapeutic□ care î□i desf□oar□ activitatea în cadrul unui centru de interven□ie în criz□. Membrii acesteia trebuie s□ apeleze la cele mai pertinente mijloace de comunicare verbal□ □i nonverbal□ prin intermediul c□rora s□ evite mustr□rile dar □i comp□timirile, s□ protejeze, s□ în□eleag□ □i s□ stimuleze pacientul în g□sirea altor solu□ii la situa□ia dat□, incluzând-o pe aceea a amân□rii gestului suicidar, s□ apeleze la persoanele cele mai apropiate subiectului, fiind absolut contraindicat□ trimiterea pacientului neînso□it la domiciliu dup□ primul consult.

VERIFICAREA CUNOȘTINȚELOR

Întrebări cu răspunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adevărate)

1. Stările de agitație psihomotorie și actele agresive pot fi reprezentate prin:
    a. raptusuri anxioase
    b. exacerbarea unor trăsături dizarmonice
    c. tentative suicidare
    d. comportament anankast
2. Heteroagresivitatea apare mai frecvent la personalități dizarmonice de tip
    a. antisocial
    b. dependent
    c. paranoic
    d. borderline
3. Stările de blocaj psihomotor**:**
    a. nu reprezintă urgență psihiatrică
    b. sunt stări stuporoase cu substrat psihogen
    c. apar numai în depresie
    d. pot fi determinate de neuroleptice
4. Se internează de urgență**:**
    a. pacienții psihotici
    b. pacienții cu convingeri micromanice delirante
    c. pacienții cu halucinații imperative
    d. marea criză isterică
5. Urgențele psihiatrice pot apărea la:
    a. persoane cu antecedente psihiatrice
    b. persoane fără antecedente psihiatrice
    c. numai în prezența unei suferințe somatice
    d. constituie expresia unor factori stresanți personali

CAPITOLUL XXIII
TRATAMENTUL PSIHIATRIC

TRATAMENTUL PSIHIATRIC include totalitatea modalităţilor de asistenţă a diversităţii tulburărilor psihopatologice condiţionate biologic, psihologic şi socio-cultural şi delimitate sub forma episoadelor şi bolilor psihice. Include terapiile biologice: chimioterapia şi terapiile biologic active şi terapiile psiho-sociale: psihoterapiile şi socioterapiile.

CHIMIOTERAPIA trebuie să beneficieze de acurateţea diagnosticului; definirea unor simptome sau sindroame ţintă; colaborarea pacientului în cadrul consensului terapeutic şi/sau cu aparţinătorii acestuia. Chimioterapia apelează la substanţele psihotrope - produse naturale şi sintetice care influenţează psihismul uman prin intermediul acţiunii lor asupra metabolismului neuronal şi mecanismelor sinaptice, cu preponderenţă la nivelul cortexului şi a substanţei reticulate diencefalice şi din trunchiul cerebral. Psihotropele se clasifică în următoarele categorii: sedativele şi tranchilizantele, neurolepticele, timostabilizatoarele, antidepresivele şi psihotonele.

Sedativele sunt o categorie de psihotrope cu structură chimică polimorfă şi efect principal inhibator asupra activităţii SNC şi a psihismului în ansamblu. Se pot împărţi în trei categorii: fără efect hipnotic precum EXTRAVERAL, DISTONOCALM, BROMOVAL, etc; cu efect hipnotic MEPROBAMAT şi GLUTHETIMID şi barbituricele CICLOBARBITAL, DORMITAL, FENOBARBITAL, etc.

Tranchilizantele sunt psihotrope heterogene din punct de vedere chimic cu acţiune anxiolitică, sedativă, miorelaxantă şi anticonvulsivantă; alcoolul, passiflora şi

valeriana sunt primele tranchilizante naturale cunoscute; preparatele sintetice sunt reprezentate prin: barbiturice – puțin folosite astăzi; produse non-benzodiazepinice: MEPROBAMAT; HIDROXIZIN; PROPRANOLOL, produse benzodiazepinice: NAPOTON; DIAZEPAM; TRANXENE; OXAZEPAM; LORAZEPAM; ALPRAZOLAM; CLONAZEPAM, etc. Farmacodinamic cresc activitatea GABA cerebral iar ALPRAZOLAMUL scade și metabolismul noradrenergic cerebral. Indicațiile terapeutice majore sunt: tulburările anxioase; tulburări depresive, fobiile sociale; tulburările obsesiv-compulsive; akatisie; ca adjuvante în terapia psihozelor și a sindroamelor de sevraj ale alcoolicilor și toxicomanilor. LORIVANUL administrat intramuscular și DIAZEPAMUL administrat intramuscular sau intravenos sunt utile în stările de agitație psihomotorie și în sindroamele extrapiramidale de origine neuroleptică.

Neurolepticele sunt o categorie de substanțe psihotrope cu acțiune centrală sedativă care diminuează tulburările psihotice cu evoluție acută sau persistentă; inhibă stările de agitație psihomotorie și induc o stare de indiferență psihomotorie specifică. În funcție de efectul farmacologic se subîmpart în două categorii majore: neurolepticele clasice – antagoniști ai receptorilor D_2 dopaminergici și neurolepticele atipice – antagoniști ai receptorilor dopaminergici și serotoninergici.

Neurolepticele clasice sunt încă utilizate pe scară largă în întreaga lume, deși efectele lor secundare sunt frecvente și uneori ireversibile. Se clasifică în funcție de structura chimică în: fenotiazine - CLORPROMAZIN; LEVOMEPROMAZIN; ROMERGAN; EMETIRAL; TIORIDAZIN; NEULEPTIL; MAJEPTIL etc, thioxantene:

FLUANXOL, dibenzoxazepine: LOXITANE;dihidroindoli: MOBAN; butirofenone: HALOPERIDOL; DROPERIDOL; benzamide: SULPIRID;

Principalele efecte sunt de tip antipsihotic; sedativ și de potențare a psihotropelor sedative; parkinsonian – prin blocarea receptorilor dopaminergici de la nivelul nucleilor bazali; antiemetizant; analgetic; hipotermizant; de antagonizare a substanțelor psihostimulatoare; hipotensiv și de deprimare a funcției cardiace. Efectele secundare pot fi psihice – apatie, depresie, anxietate, tulburări de conștiință; neurologice –de tipul sindroamelor akinetic, akinetic-hiperton, diskinetic-hiperton și hiperkinetic-hiperton, scăderea pragului convulsivant, diskinezia tardivă și sindromul neuroleptic malign; somatice**:** tulburări de ritm cardiac, hipotensiune ortostatică, galactoree, amenoree, impotență, creștere ponderală, glicozurie, leucopenie tranzitorie și agranulocitoză, erupții urticariene, fotosensibilitate, tulburări de acomodare vizuală, uscăciunea gurii, grețuri, constipație, retenție urinară, etc. Prevenirea sau tratarea efectelor secundare sau ale celor provocate de supradozaj se face cu antiparkinsoniene: ROMPARKIN, AKINETON, LEVODOPA BROMOCRIPTINA.

Indicațiile terapeutice majore sunt psihozele schizofrenice și tulburările afective; psihozele toxice de sevraj; stările de agitație psihomotorie; tulburările nevrotice cu componente anxioase și obsesivo-fobice; decompensările comportamentale ale unora dintre personalitățile dizarmonice; tulburări ale motricității – coreea HUNTINGTON și sindromul lui GILLES de la TOURETTE. **Contraindicațiile majore** ale administrării sunt terenul alergic; insuficiența cardiacă sau respiratorie; glaucomul; adenomul de prostată; primul semestru al sarcinii.

Neurolepticele atipice acționează antipsihotic atât pe simptomele pozitive cât și pe cele negative care însoțesc mereu evoluțiile cronicizate, majoritatea se administrează în doză unică și ca urmare favorizează componenta resocializant terapeutică; nu au decât efecte secundare nesemnificative în raport cu eficacitatea clinică, și anume: CLOZAPINA: posibile efecte hematologice; OLANZAPINA: creștere ponderală la administrarea îndelungată; RISPERIDONA: posibile efecte extrapiramidale; QUETIAPINA, AMISULPRIDUM, ZIPRASIDONA și ARIPIPRAZOLUL: efecte secundare minime.

Timostabilizatoarele au ca reprezentant de primă importanță **sărurile de litiu** cunoscute pentru efectul lor antimaniacal și de prevenire a oscilațiilor patologice ale dispoziției. Acționează prin inhibarea metabolismului noradrenergic cerebral și în mod tranzitoriu a celui serotoninergic și creșterea potențialului de repaus a membranei neuronale și scăderea consecutivă a excitabilității celulei nervoase. Efectele secundare principale sunt: astenie; somnolență; inhibiție ideo-afectivă și sexuală; scăderea toleranței la alcool; tremor fin al extremităților; grețuri; vărsături; creștere ponderală; poliurie; acnee; alopecie. Indicațiile de elecție sunt episoadele maniacale și depresive ale tulburărilor afective bipolare, fiind bine cunoscută și efectul de prevenire a recăderilor; ca tratament adjuvant în: schizofreniile rezistente la tratament; tulburările schizoafective; tulburările obsesiv-compulsive; stările de agitație psihomotorie; insomniile rebele; tulburările instinctului alimentar. Este contraindicat în epilepsie, insuficiența cardiacă, insuficiența hepatică și renală acută sau cronică, sarcină și hipotiroidismul. **Preparatele de acid**

valproic sunt reprezentate de: DEPAKINE și ORFIRIL; bine tolerate; fără efecte secundare sau de supradozaj menționabile.

Anticonvulsivantele reprezintă o categorie heterogenă de substanțe care au un efect anticonvulsivant direct sau secundar – când apare prin creșterea dozei; indicațiile acestei prime categorii de psihotrope sunt tulburările somnului, tulburările anxioase și diversele forme de epilepsie în crizele convulsive generalizate sunt utile:FENOBARBITALUL și FENITOINUL; în crizele epileptice minore se preferă SUXILEPUL și MORFOLEPUL iar în cazurile rezistente TREPALUL; CARBAMAZEPINA este singurul preparat eficace în toate formele de comițialitate.

Antidepresivele se clasifică în **clasice**: triciclice, tetraciclice și inhibitorii de monoaminooxidază IMAO și **moderne** : inhibitorii selectivi ai recaptării de serotonină SSRI, inhibitorii selectivi de recaptare de noradrenalină SNRI

Antidepresivele clasice acționează prin inhibarea recaptării noradrenalinei, serotoninei și a activității MAO – enzima care degradează catecolaminele cerebrale. Includ ca preparate triciclice: IMIPRAMINA, AMITRIPTILINA; NORTRIPTILINA; DOXEPINUM, etc. tetraciclice: MAPROTILINUM; MIANSERINUM,etc. și IMAO: SELEGILINE. Efectele secundare sunt: virajul maniacal; anxietate; activarea simptomelor psihotice subclinice și a potențialului suicidar; episoade confuzive – la pacienții vârstnici, tremurături; exagerarea ROT; crize comițiale, hipotensiune arterială ortostatică, crize hipertensive, tulburări de ritm și de conducere; uscăciunea gurii; grețuri; retenție urinară; tulburări de ejaculare; tulburări de coagulare; efecte teratogene asupra embrionului.

Indicațiile terapeutice majore sunt episoadele depresive de diverse etiologii și intensități, în cele psihotice fiind necesară asocierea unui neuroleptic; tulburările anxioase difuze sau paroxistice cu sau fără agorafobie; nevroza obsesivo-fobică; anorexia și bulimia nervoasă; sindroamele de stres posttraumatic; enurezisul; pavorul nocturn; tulburările de ejaculare; algiile rebele; alcoolismul maladiv. Contraindicațiile sunt reprezentate de glaucom și retenții urinare pentru preparatele tri- și tetraciclice și vasculopatiile cerebrale pentru IMAO.

Inhibitoare ale recaptării serotoninei SSRI au devenit actualmente cea mai prescrisă categorie de antidepresive datorită efectelor secundare nesemnificative și avantajelor administrării; au ca reprezentanți: FLUOXETINA, SERTRALINA, PAROXETINA, FLUVOXAMINA, ESCITALOPRAM, etc. Au minime efecte secundare: grețuri; anorexie; diaree; tulburări de dinamică sexuală; oscilații ponderale care dispar la întreruperea administrării. Au aceleași indicații terapeutice ca și celelalte antidepresive la care se adaugă: sindroamele disforice premenstruale; tulburările somatoforme și disociative; conduitele auto- și heteroagresive recurente; decompensările personalităților patologice; obezitatea; schizofreniile procesuale – ca adjuvante.

Psihotonele reprezintă cea mai diversă categorie de psihotrope care au în ansamblu un efect stimulator direct sau indirect asupra sistemului nervos central prin: creșterea vigilității; acțiune antihipnotică; stimularea circulației cerebrale. Sunt indicate în: antagonizarea efectelor depresoarelor centrale; psihosindroamele organice cerebrale de diverse etiologii; stările confuzive de diverse etiologii; narcolepsie; depresii; tulburări nevrotice cu dominantă

astenic; nedezvoltările intelectuale și instabilitatea psihomotorie a copiilor. Sunt contraindicate în: glaucom; hipertensiune arterială; hipertiroidism; feocromocitom; cardiopatia ischemică; tulburările de ritm cardiac; primul semestru de sarcină.

Sunt reprezentate de analeptice simple **clasice**: cafeina, stricnina, camforul, etc. și **moderne**: AHYPNON, KARION, HEPT-A-MYL – folosite în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor și în activările electroencefalografice. Alte psihotone sunt PIRACETAMUL; MECLOFENOXATUL, PIRITINOLUL și psihotonele nespecifice: GLUTAROM, VINCAMINĂ, FOSFOBION, TANAKAN, ACIDUL FOLIC, VITAMINELE B_1, B_6, C și LECITINA – sunt frecvent folosite datorită efectelor protectoare și stimulatoare neuronale, fiind și bine tolerate.

În afara efectului datorat proprietăților farmacologice specifice orice medicament sau procedură medicală au consecințe terapeutice care aparțin efectului **PLACEBO**. Acesta poate apare indiferent de structura personalității pacientului, se manifestă adesea și în situațiile în care terapeutul nu-l vizează în mod deosebit sau chiar îl ignoră, apărând atât în cazul afecțiunilor somatice cât și psihice.

TERAPIILE BIOLOGICE SPECIALE sunt metode terapeutice care provocau disoluția bruscă și profundă a conștiinței – urmată de revivarea acesteia – cu evidente efecte pozitive asupra psihismului; marea lor majoritate sunt doar de interes istoric, exceptând convulsioterapia.

Tratamentul electroconvulsivant constă în producerea unor paroxisme de tip comițial cu ajutorul unui impuls electric, acționând prin blocarea paroxismală a substratului momentan al psihismului – metabolismul și

conexiunile interneuronale –responsabil de manifestările psihopatologice; modularea calitativă a conştiinţei. Se face doar în condiţii de spitalizare de către un personal competent şi numai după obţinerea consimţământului scris a pacientului. Cura cuprinde 6-12 şedinţe. Indicaţiile actuale sunt: depresiile de intensitate psihotică; tulburările psihotice acute; schizofrenia – în faza de debut; psihozele maniacale rezistente la tratamentul chimioterapeutic; tulburări psihopatologice ale căror particularităţi clinico-evolutive sunt periculoase pentru pacient sau cei din jur: anorexia nervoasă, algii rebele, episoade psihotice pe fond comiţial sau involutiv.

PSIHOTERAPIILE coalizează totalitatea metodelor terapeutice care influenţează psihismul individual prin intermediul unor teorii sau doctrine psihologice; pornind de la un contact – dominant verbal cu pacientul – intermediat de trăsăturile personalităţii sale; vizând tulburări psihopatologice în determinismul cărora sunt implicate influenţele psiho-sociale negative. Se adresează funcţiilor de cunoaştere, afectivităţii şi suportului volitiv al persoanei şi trebuie să ţină seama de nivelul educaţional şi cultural, dar şi de apartenenţa etnică şi religioasă; în ansamblu vizează remanierea conştiinţei de sine şi a autostimei, precum şi refacerea motivaţiilor şi redirecţionarea pozitivă a conduitei. Dintre acestea enumerăm psihoterapiile **individuale**: psihodinamice, suportive, cognitive, comportamentale, de relaxare sau **psihoterapiile de grup,** conjugale sau familiale**.**

SOCIOTERAPIILE sunt un ansamblu de metode terapeutice – care vizează reabilitarea în roluri a pacientului psihiatric şi reintegrarea sa – chiar şi parţială – în viaţa grupului social; se adresează aptitudinilor somatice şi psihice restante ale subiectului; acordă o importanţă majoră

modalit□ilor de comunicare □i de rela□ionare interpersonal□. Acestea apeleaz□ la un personal calificat dar □i la membrii re□elei de suport social a pacientului, la fo□ti pacien□i □i la voluntari, care completeaz□ o echip□ terapeutic□ care mai include psihiatrul, psihologul □i juristul. Sunt aplicate – în mod individual sau în grup – în unit□i specializate □i în cele apar□inând re□elei de psihiatrie comunitar□ care realizeaz□ leg□tura treptat□ între spitalul psihiatric □i habitatul ini□ial al subiectului □i includ – centrele de s□n□tate mintal□ □i de interven□ie în criz□, centrele de zi, locuin□e □i locuri de munc□ protejate; cuprind – în cadrul unui program elaborat – tehnici de kinetoterapie, ergoterapie, art-terapie, meloterapie, biblioterapie, cult-terapie cu rol mobilizator, relaxant, resocializant □i de facilitare a unor posibile □i necesare noi achizi□ii.

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Psihotropele se clasific□ în urm□toarele categorii:
   a. sedativele □i tranchilizantele
   b. neurolepticele
   c. timostabilizatoarele □i antidepresivele
   d. antibioticele
2. Sedativele sunt o categorie de psihotrope cu:
   a. efect principal inhibator asupra psihismului
   b. efect principal activator asupra psihismului
   c. nu pot avea efect hipnotic
   d. risc de dependen□□
3. Socioterapiile vizeaz□:
   a. un concept filozofic despre societate
   b. reabilitarea în roluri a pacientului psihiatric
   c. reintegrarea pacientului în via□a grupului social
   d. ameliorarea modalit□ilor de comunicare □i de rela□ionare
4. Antidepresivele includ:
   a. inhibitorii de monoaminooxidaz□
   b. inhibitorii selectivi ai recapt□rii de serotonin□
   c. inhibitorii selectivi de recaptare de noradrenalin□
   d. inhibitori de acetilcolina
5. Indica□iile terapeutice majore ale antidepresivelor sunt:
   a. episoadele depresive de diverse etiologii
   b. tulbur□rile anxioase
   c. enurezisul □i pavorul nocturn
   d. algiile rebele la tratament antalgic

VERIFICAREA CUNO□TIIN□ELOR

Întreb□ri recapitulative cu r□spunsuri la alegere
(unul, mai multe sau nici unul pot fi adev□rate)

1. Simptomele subiective ale sindromului anxios sunt urm□toarele, exceptând:
   a. Senza□ia de nesiguran□□
   b. Senza□ia unui pericol bine definit ca timp □i loc
   c. Preocuparea permanent□pentru trecut
   d. Evitarea anturajului
   e. Senza□ia c□prezentului îi urmeaz□un viitor nefast
2. Semnele obiective ale sindromului anxios sunt:
   a. privire trist□, fix□
   b. insomnie
   c. tonus muscular sc□zut
   d. agita□ie psihomotorie
   e. hipertenacitate
3. În cadrul disfunc□iei neurovegetative din cadrul sindromului anxios putem g□si:
   a. bradicardie
   b. tahipnee
   c. blocajul tranzitului intestinal
   d. transpira□ii în jum□tatea inferioar□a corpului
   e. dureri epigastrice
4. Atacul de panic□:
   a. apare insidios pe parcursul a câteva ore
   b. apare mai ales în singur□tate
   c. are durat□nedeterminat□
   d. impune diagnostic diferen□ial cu hipotiroidia
   e. se manifest□prin cre□terea TA
5. Fobia este:
   a. starea de fric□motivat□, de scurt□durat□, fa□□de un obiect fobogen

b. starea de fric nemotivat , de scurt durat , fa de un obiect fobogen
c. starea de fric difuz , motivat sau nemotivat
d. starea de fric nemotivat , durabil , fa de un obiect fobogen

6. Frica de responsabilitate este o fobie:
a. spa ial
b. de tip anancast
c. legat de boal
d. social
e. teama de e ec

7. Sindromul fobic se întâlne te mai frecvent :
a. la personalit ile dependente
b. în psihozele depresive
c. în psihosindroamele organice cerebrale
d. la personalit ile evitante
e. în nici una din situa iile de mai sus

8. Obsesia:
a. este o tr ire str in situa iei i persoanei subiectului
b. poate fi îndep rtat voluntar
c. men ine libertatea de ac iune a subiectului
d. paraziteaz câmpul con tiin ei
e. toate cele de mai sus

9. Reprezent rile obsesive:
a. constau în idei parazite conforme cu realitatea
b. restructureaz imagini figurate complexe
c. apar in sindromului obsesiv ca i rumina iile ideative
d. se mai numesc i tr iri obsesive
e. include imaginea ideii obsesive

10. Compulsiile nu includ:
a. verific rile obsesive
b. tr irile obsesive

c. intenții de act obsesive
d. ritualuri

11. Elementele sindromului obsesiv-compulsiv se pot întâlni în următoarele condiții:
    a. debutul psihozelor schizofrenice
    b. depresiile vârstei a III a
    c. personalități dizarmonice de tip anancast
    d. în stări de surmenaj
    e. în delirul alcoolic
12. Boala ticurilor:
    a. se mai numește sindromul Gilles de la Tourette
    b. nu poate evolua spre demență
    c. este caracterizată de coprolalie
    d. nu include ecomimia și ecopraxia
    e. realizează un tablou clinic lipsit de gravitate
13. Sindromul cenestopat-hipocondriac include:
    a. ideea hipocondriacă
    b. cenestopatiile
    c. anxietatea
    d. dorința de vindecare
    e. lipsa acuzelor somatice
14. Sindromul Cotard este:
    a. o formă delirantă a depresiei
    b. asociază idei de imortalitate nefericită
    c. nu are idei de enormitate
    d. include idei de negație
    e. aparține depresiei stuporoase
15. Marea criză isterică:
    a. impune diagnostic diferențial cu crizele grand mal
    b. evoluează cu contracturi tonico-clonice
    c. este declanșată de un eveniment traumatizant major
    d. nu include tulburări ale conștiinței
    e. se mai numește "globus istericus"

16. Tulburările funcționale ale sindromului conversiv sunt:
    a. afonia
    b. anestezii "în mănuși"
    c. cecitate ireversibilă
    d. crize hipotermice
    e. astazia cu hipotonie
17. În tulburările conversive de intensitate psihotică poate să apară:
    a. amnezie anterogradă
    b. stări crepusculare
    c. stupor
    d. sindromul Cotard
    e. sindromul Ganser
18. Tabloul sindromului conversiv poate cuprinde:
    a. HTA
    b. Simptomatologie astmatiformă
    c. Simptomatologie de tip dermatologic
    d. Crize epileptice
19. Elaborarea delirantă cuprinde:
    a. dispoziția delirantă
    b. interpretarea delirantă
    c. intuiția delirantă
    d. delirul de influență
    e. convingerile delirante
20. Delirul paranoiac:
    a. este sistematizat
    b. este nesistematizat
    c. e favorizat de modificările afective endogene
    d. presupune o convingere delirantă ilogică
    e. are o evidentă coerență și logică
21. Pseudohalucinațiile:
    a. sunt autoreprezentări aperceptive
    b. se caracterizează prin exogenitate
    c. subiectul are posibilitatea să li se opună

d. pot fi interoceptive
e. nu sunt halucina□ii psihice

22. Pareidoliile sunt:
    a. halucina□ii polisenzoriale
    b. tulbur□ri fiziologice ale percep□iei
    c. false recunoa□teri
    d. iluzii patologice complexe
    e. fiziologice la copii
23. Sindromul disociativ:
    a. se mai nume□te □i sindrom al dezorganiz□rii schizomorfe
    b. nu include ambivalen□a motorie
    c. presupune dezorganizarea afectiv-comportamental□
    d. este patognomonic psihozelor schizofrenice
    e. poate s□apar□în perioadele prepsihotice
24. Sindromul apato-abulic cuprinde:
    a. depersonalizarea
    b. dezanimarea
    c. desomatizarea
    d. deficit cognitiv
    e. nu cuprinde deficit afectiv
25. Psihopatul pitiatic se caracterizeaz□prin:
    a. comportament captativ
    b. bizarerii pantomimice
    c. orgoliu patologic
    d. demonstrativitate
    e. urm□re□te un beneficiu secundar
26. În categoria personalit□ilor dizarmonice excentrice □i antisociale sunt □i:
    a. psihopatul obsesiv-compulsiv
    b. psihopatul narcisic
    c. psihopatul schizotipal
    d. psihopatul de tip pasiv-agresiv

27. Stările confuzive:
    a. sunt tulburări ale conștiinței allopsihice
    b. exclud incoerența ideatorie
    c. includ hipermnezie de fixare și hipomnezie de evocare
    d. descriu sentimentul detașării de realitate
    e. se mai numesc și stări crepusculare
28. Sindromul amentiv - următoarele afirmații sunt false, cu excepția:
    a. este o tulburare patologică a memoriei
    b. este dominat de incoerență ideo-verbală și motorie
    c. poate apare heteroagresivitatea
    d. fenomenele stuporoase sunt caracteristice
29. Stupoarea:
    a. este o tulburare cantitativă a conștiinței
    b. include negativismul pasiv
    c. este o stare de akinezie confuzivă
    d. nu include mutism
    e. vigilitatea este păstrată
30. Următoarele afirmații sunt false, cu excepția:
    a. senzațiile ne informează asupra caracteristicilor de ansamblu ale obiectelor
    b. calitatea percepției nu depinde de starea subiectivă a persoanei
    c. cenestopatiile sunt percepții deformate
    d. anestezia poate apărea în întârzierea mintală profundă
    e. sinestezia aparține patologiei senzației
31. Mentismul este:
    a. o tulburare a ritmului gândirii
    b. o tulburare cantitativă a memoriei
    c. o tulburare calitativă a memoriei
    d. desfășurarea incoercibilă a ideilor la care subiectul asistă pasiv

32. Confabula□iile sunt tulbur□ri:
    a. de gândire
    b. de memorie
    c. de intelect
    d. de imagina□ie
33. Hipertimiile:
    a. reprezint□exagerarea tr□irilor afective
    b. sunt tulbur□ri calitative ale activit□□ii
    c. includ sindromul depresiv
    d. extazul este o form□de hipertimie negativ□
    e. includ atacurile de panic□
34. Disforia:
    a. este o tulburare a afectivit□□ii
    b. este o stare de euforie
    c. este o stare de anxietate
    d. se înso□e□te de fenomene vegetative
    e. nu se înso□e□te de agita□ie psiho- motorie
35. Apar□in patologiei imagina□iei:
    a. Hipomneziile
    b. Disimula□ia
    c. Mitomania
    d. Schizofazia
36. Sunt tulbur□ri ale instinctului alimentar:
    a. Sindromul Pica
    b. Feti□ismul
    c. Satiriazisul
    d. Opsomania
    a. Anhedonia
37. Apar în sindromul hipocondriac (cenestopat) :
    a. Cenestopatii
    b. Refuzul incon□tient al vindec□rii
    c. Anxietate
    d. Idei de influen□□xenopat□
38. Sunt false afirma□iile:

a. Marea criz isteric nu apar ine manifest rilor paroxistice isterice
b. În sindromul isteric apar paralizii func ionale
c. St rile crepusculare apar în tulbur rile psihotice isterice
d. Amneziile selective nu apar în sindromul isteric

39. Ideea delirant :
a. Este o tulburare calitativ a gândirii
b. Este incorigibil
c. Polarizeaz întregul psihism
d. Este comprehensibil i influen abil prin argumente

40. Sunt adev rate afirma iile:
a. Deta area de realitate apar ine sindromului confuziv
b. Starea de sopor este o tulburare a con tiin ei allopsihice
c. Desomatizarea este tulburare a con tiin ei autopsihice
d. Onirismul este o form a sindromului confuziv

41. Sunt tulbur ri calitative ale percep iei:
a. Hipoestezia
b. Halucinozele
c. Halucina iile auditive
d. Confabula iile

42. Sunt tulbur ri ale sintezei mnestice:
a. Ecmnezia
b. Hipermnezia
c. Schizofazia
d. Falsele recunoa teri

43. Sunt tulbur ri ale evoc rii trecutului:
a. Paraprosexiile
b. Confabula iile
c. Ecolalia

d. Anecforia

44. Sunt adevărate afirmațiile:
    a. Paraprosexiile apar în schizofrenie și în nevrozele motorii
    b. Falsele recunoașteri nu apar în sindromul Korsakov
    c. Metasimulația aparține patologiei imaginației
    d. Tahipsihia apare în sindromul depresiv
45. Sunt adevărate afirmațiile:
    a. Catalepsia apare în sindromul catatonic
    b. În depresie nu poate apare agitație psihomotorie
    c. Stereotipiile nu apar în schizofrenie
    d. În stările crepusculare apare automatism ambulatoriu
46. Sunt tulburări ale conștiinței allopsihice:
    a. Hebetudinea
    b. Tulburările de schemă corporală
    c. Torpoarea
    d. Personalitatea alternă
47. Sunt adevărate afirmațiile:
    a. Autismul apare în sindromul schizo-defectual
    b. Derealizarea este caracteristică nevrozelor
    c. Indiferentismul apare în sindromul schizodefectual
    d. Depersonalizarea este o tulburare a conștiinței allo-psihice
48. Sunt false afirmațiile:
    a. Pavorul nocturn este o formă de nevroză
    b. Psihoterapia este tratamentul de elecție în nevroze
    c. În nevroza fobică sunt eficace terapiile comportamentale (desensibilizarea progresivă și terapia prin invazie)
    d. În nevrozele motorii sunt contraindicate anxioliticele și spasmoliticele

49. Parafreniile - afirma□ii false:
    a. psihoze endogene
    b. delirul apare în absen□a personalit□□ii premorbide paranoice
    c. subiectul nu delimiteaz□ delirul de universul real
    d. dianosticul se pune cu u□urin□□
50. Crampele profesionale nu sunt caracterizate prin:
    a. debut în copil□rie
    b. sunt nevroze motorii
    c. contracturi intermitente ale musculaturii membrelor superioare
    d. tulbur□rile neurovegetative sunt constante
    e. evolueaz□ spre vindecare rapid□ f□r□ afectarea statutului profesional